



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

WYDAWNICTWO DZIEŁ LEKARSKICH POLSKICH W KRAKOWIE.

---

NAUKA

**O CHOROBYCH KOBIECYCH**

**(Ginekologia)**

OPRACOWAŁ

Dr. WŁADYSŁAW BYLICKI.

---

Z 131 rycinami w tekście.

---

KRAKÓW.

Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

DRUK W. KORNECKIEGO,  
1894.



www.dlibra.wum.edu.pl

**Biblioteka Główna  
WUM**

**K.8639**

**Biblioteka Główna  
WUM**

**K.8639**



000016103

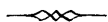


[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)

PAMIĘCI

MAURYCEGO MADUROWICZA

## PRZEDMOWA.



Główną pobudką do napisania tej książki, był dawno dający się uczuć brak Ginekologii w języku polskim opracowanej.

Rozpoczynając przed kilku laty tę żmudną pracę, wziąłem sobie za zadanie, dać czytelnikowi, ile możliwości zupełny, a treściwy obraz wiedzy i zdobyczy na polu chorób kobiecych, aż do ostatnich czasów.

Praktyka moja kliniczna — pod okiem nieodżałowanej pamięci Maurycyego Madurowicza, — a od lat piętnastu prywatna, dała mi możliwość osądzenia, co z dobytku złożonego w olbrzymim materyale piśmienniczym, należy podnieść, a co pominąć.

Wiedząc o tem z własnego doświadczenia, że nasze pozornie niezbite przekonania często bardzo krótko trwają, starałem się unikać jednostronności i z własnem zdaniem wystąpić tylko tam, gdzie go długiem doświadczeniem, wynikającym z ściśle przedmiotowego patrzenia na sprawy, poprzeć mogę.

Nie wątpię, że wśród naszych ginekologów, istnieją więcej powołani do spełnienia zadania którego ja się podjąłem. Jeżeli ich zatem wyprzedziłem, to w tej nadziei,

że ta książka da im pochop do napisania czegoś lepszego, co wyjdzie na korzyść lekarskiej społeczności i Polskiej Nauki.

Powodowany uczuciem wdzięczności za pomoc i zachętę, miałem zawsze zamiar książkę tę poświęcić Temu, który przed trzydziestu laty, zasady nowoczesnego położnictwa i ginekologii przyniósł do naszego kraju i tu do ostatnich czasów krzewił je gorliwie i z pożytkiem. Dziś niestety już Go wśród nas brakło. Niech zatem pierwsza kartka tej książki, Cześć Jego Pamięci przekaże młodszemu pokoleniom.

*Pisałem we Lwowie w Marcu 1894 r.*

## SPIS RZECZY.

	str.
Dedykacja . . . . .	I
Przedmowa . . . . .	II
<i>Rozdział pierwszy. Badanie ginekologiczne</i> . . . . .	1
Wywiady . . . . .	1
Badanie właściwe . . . . .	3
Ułożenie chorej w celu badania . . . . .	3
Postawa stojąca . . . . .	3
Ułożenie grzbietowe . . . . .	4
Ułożenie brzuszne . . . . .	6
Ułożenie boczne . . . . .	7
Badanie zewnętrzne . . . . .	7
Badanie brzucha . . . . .	7
Badanie sutków . . . . .	13
Badanie sromu . . . . .	14
Badanie wewnętrzne . . . . .	14
Badanie przez pochwę . . . . .	14
Badanie przez odbytnicę . . . . .	37
Badanie przez cewkę moczową . . . . .	39
O postępowaniu bezgnilnem w badaniu . . . . .	40
<i>Rozdział drugi. Choroby części płciowych zewnętrznych</i> . . . . .	43
Wady utworowe . . . . .	43
Brak sromu . . . . .	45
Wrodzone zarośnięcie sromu . . . . .	45
Spodzieiectwo i wierzchniactwo . . . . .	47
Obojniactwo . . . . .	49
Niedostateczny rozwój sromu . . . . .	50

	str.
Przerost części płciowych zewnętrznych . . . . .	50
Zapalenie sromu . . . . .	51
Obrzmienie surowicze i zgorzel sromu . . . . .	55
Krwiak sromu . . . . .	56
Żyłki sromu . . . . .	57
Choroby skórne sromu . . . . .	58
Gruźlica sromu . . . . .	58
Przepukliny sromu . . . . .	60
Wodniak niewieści . . . . .	61
Nowotwory sromu . . . . .	62
Stoniowacina . . . . .	62
Bujania brodawkowe . . . . .	65
Torbiele sromu . . . . .	66
Tłuszczak sromu . . . . .	67
Włókniak sromu . . . . .	68
Rak sromu . . . . .	69
Mięsak sromu . . . . .	71
Przedarcie sromu i międzykrocza . . . . .	72
Swięd sromu . . . . .	81
Ból ogoźny . . . . .	84
<b>Rozdział trzeci. Choroby pochwy . . . . .</b>	<b>86</b>
Wady utworowe pochwy . . . . .	88
Zupełny brak pochwy . . . . .	88
Częściowy brak pochwy . . . . .	88
Pochwa podwójna czyli przedzielona . . . . .	94
Pochwa podwójna z częściowem zarośnięciem jednej połowy . . . . .	95
Pochwa jednostronna . . . . .	98
Wrodzone ścieśnienia pochwy . . . . .	99
Zarośnięcia i ścieśnienia pochwy nabyte . . . . .	100
Zapalenia pochwy . . . . .	101
Zapalenie nieżytowe . . . . .	101
Grzybica pochwy . . . . .	108
Dławcowe i błonicowe zapalenie pochwy . . . . .	108
Zapalenie tkanki łącznej okołopochwowej . . . . .	110
Gruźlica pochwy . . . . .	110
Przepukliny pochwowe . . . . .	110
Nowotwory pochwy . . . . .	111
Torbiele pochwy . . . . .	111
Włókniaki pochwy . . . . .	113
Polip pochwy . . . . .	114
Rak pochwy . . . . .	114
Mięsak pochwy . . . . .	116
Obce ciała w pochwie . . . . .	116
Zranienia i przedarcia pochwy . . . . .	117



	str.
Przetoki pochwy . . . . .	118
Przetoki moczowe . . . . .	118
Przetoki kałowe . . . . .	133
Przetoki odbytnicowo-pochwowe . . . . .	133
Przetoki jelitowo-pochwowe . . . . .	135
Ból pochwowy, czyli pochwica . . . . .	136
<i>Rozdział czwarty. Choroby macicy . . . . .</i>	<i>140</i>
Wady utworowe . . . . .	140
Brak macicy i macica szczątkowa . . . . .	141
Macica jednoróżna . . . . .	143
Macica podwójna . . . . .	144
Macica dwuróżna . . . . .	145
Macica dwukomorowa czyli przedzielona . . . . .	147
Niedostateczny rozwój macicy . . . . .	148
Zarośnięcie szyi macicznej . . . . .	151
Zwężenie szyi macicznej, wrodzone i nabyte . . . . .	155
Przerost macicy . . . . .	167
Przerost szyi macicznej . . . . .	168
Przerost części pochwowej . . . . .	168
Zanik macicy . . . . .	172
Zapalenie mięszu macicy . . . . .	175
Ostre zapalenie macicy . . . . .	175
Przewłoczne zapalenie macicy . . . . .	180
Zapalenie błony śluzowej macicy . . . . .	198
Ostre zapalenie błony śluzowej macicy . . . . .	199
Przewłoczne zapalenie błony śluzowej macicy . . . . .	201
Nieżyt błony śluzowej jamy macicy . . . . .	202
Nieżyt błony śluzowej szyi macicy . . . . .	221
Gruźlica macicy . . . . .	233
Wrzód okrągły części pochwowej i pochwy . . . . .	234
Wady położenia macicy . . . . .	235
Nieprawidłowe nachylenie macicy . . . . .	239
Nieprawidłowe nagięcie macicy . . . . .	242
Odehlenie macicy . . . . .	248
Odgięcie macicy . . . . .	251
Pochylenie i zgięcie macicy na bok . . . . .	272
Odsunięcie, przysunięcie i wzniesienie macicy . . . . .	272
Obniżenie i opad macicy, wynicowanie pochwy . . . . .	274
Wynicowanie macicy . . . . .	295
Przepuklina maciczna . . . . .	305
Nowotwory macicy . . . . .	307
Włókniaki macicy . . . . .	307
Polip czyli uklej włókniakowy . . . . .	365
Rak macicy . . . . .	370

	str.
Rak szyi macicznej . . . . .	371
Rak ciała macicy . . . . .	408
Mięsak macicy . . . . .	415
Nowotwory gruczołowe macicy . . . . .	421
Brodawczak części pochwowej . . . . .	425
<i>Rozdział piąty. O miesiączkowaniu.</i> . . . . .	428
Istota miesiączkowania . . . . .	428
Nieprawidłowości miesiączkowania . . . . .	440
Brak miesiączki . . . . .	440
Zbyt obfite miesiączkowanie . . . . .	445
Bolesne miesiączkowanie . . . . .	447
Miesiączka błoniasta . . . . .	450
<i>Rozdział szósty. Choroby trąbek macicznych.</i> . . . . .	454
Wady utworowe trąbek . . . . .	457
Zmiany położenia trąbek . . . . .	459
Nieżyt i zapalenie trąbek . . . . .	459
Gruźlica trąbek . . . . .	479
Nowotwory trąbek . . . . .	481
Włókniaki, tłuszczaki i torbiele . . . . .	481
Rak trąbek . . . . .	482
Mięsak trąbki . . . . .	482
<i>Rozdział siódmy. Choroby jajników</i> . . . . .	483
Wady utworowe jajników . . . . .	485
Brak jajników, i jajniki szczątkowe . . . . .	485
Jajniki nadliczbowe . . . . .	485
Zmiany położenia jajników . . . . .	486
Przepuklina jajnikowa . . . . .	486
Obniżenie jajników . . . . .	487
Przekrwienie jajników, i wybroczyny jajnikowe . . . . .	489
Zapalenie jajników . . . . .	491
Ostre zapalenie jajników . . . . .	491
Przewłoczne zapalenie jajników . . . . .	494
Gruźlica jajników . . . . .	498
Nowotwory jajników . . . . .	498
Torbiele jajnikowe . . . . .	498
Stałe obrzęki jajnikowe . . . . .	557
Włókniak jajnika . . . . .	558
Mięsak jajnika . . . . .	560
<i>Rozdział ósmy. Choroby więzadeł macicznych, otrzewny i tkan-</i> <i>ki łącznej miednicowej.</i> . . . . .	565
Choroby okrągłych więzadeł macicy . . . . .	565
Wodniak więzu okrągłego . . . . .	566

	str.
Nowotwory więzu okrągłego . . . . .	567
Zapalenie otrzewny i tkanki łącznej miednicowej . . . . .	569
Zapalenie otrzewny miednicowej . . . . .	569
Zapalenie tkanki łącznej podotrzewnowej . . . . .	593
Przewłoczne zapalenie tkanki łącznej z bliznowatym przeobrażeniem . . . . .	604
Wynacznienia w jamę otrzewny i w tkankę łączną podotrzewnową . . . . .	606
Krwistek zamaciczny . . . . .	606
Krwistek przedmaciczny . . . . .	619
Krwiak podotrzewnowy . . . . .	619
Nowotwory więzów szerokich . . . . .	622
Torbiele więzu szerokiego . . . . .	622
Włókniaki więzu szerokiego . . . . .	623
Bąblowiec . . . . .	623
Dodatek . . . . .	624
Skorowidz treści . . . . .	625
Skorowidz nazwisk . . . . .	635
Spis figur . . . . .	643
Pomyłki druku . . . . .	647



## ROZDZIAŁ PIERWSZY.

---

# Badanie ginekologiczne.

Badanie ginekologiczne ma na celu wysledzenie stanu, w jakim się znajdują części płciowe niewieście. Nigdy jednakże nie należy o tem zapominać, że jest ono tylko częścią badania chorej i że nie może i nie powinno zamykać się w ciasnych ramach specjalności. Nie bylibyśmy bowiem lekarzami, gdybyśmy badali wyłącznie te tylko narządy, które tak często sama chora wskazuje jako chore, a zaniedbali zbadania innych narządów i wysledzenia zmian, od których często zależnemi są zmiany w narządzie płciowym lub takich, które przedewszystkiem wymagają leczenia. Jeżeli zatem mówimy o badaniu ginekologicznem, to jedynie w tem zrozumieniu, że poprzedzonym ono zostało ścisłym badaniem ogólnem.

Badanie ginekologiczne, tak jak ogólne, składa się z wywiadów i z badania właściwego czyli fizycznego.

### Wywiady.

Badanie za pomocą pytań i odpowiedzi jest tak ważne jak każde inne i zawsze poprzedzić powinno badanie właściwe.

Zanim chora przystąpi do opowiadania co jej dolega, powinniśmy się dowiedzieć:

Czy jest zamężną lub nie? Czy rodziła, lub nie? Jeżeli rodziła, ile było porodów, w jakim przeciągu czasu i kiedy odbył się ostatni poród? Jeżeli niedawno czy karmi lub nie?

Następnie, jak przebiegały porody i połogi i czy od ostatniego porodu czuje się chorą? Czy ronila? wiele razy, w których miesiącach ciąży i czy z przyczyn widocznych, zatem wiadomych lub przypuszczalnych, lub też bez tychże?

Kiedy się miesiączkowanie po raz pierwszy pojawiło, i jak się odbywa, co do okresów, ilości wydzielanej krwi, oraz towarzyszących przypadków ogólnych i miejscowych, mianowicie co do bólów: ich umiejscowienia i rodzaju, czy mają cechę kurczową czy są więcej głuche, ciągnące, czy pojawiają się przed krwawieniem lub w czasie krwawienia lub też ustają po jego nastąpieniu, czy i jaki związek istnieje pomiędzy okresami miesiączkowymi a podawanymi przypadkami ogólnymi lub miejscowymi?

Wielkiej wagi jest pytanie: kiedy był ostatni peryod? Jeżeli od chorej, która zawsze okresowo miesiączkuje, otrzymamy odpowiedź, że peryod nie pojawił się już więcej niż miesiąc, wówczas, powinniśmy zawsze myśleć o możebności ciąży i możebność tę tak w sobie wmówić, aby całe badanie skierować do jej wykluczenia lub stwierdzenia. W przypadkach zaś, w których pewności nabyć nie można, nie należy stanowczo rozpoznawać i powstrzymać się od zabiegów leczniczych aż do czasu, w którym albo miesiączkowanie się pojawi lub też brak ciąży stanowczo stwierdzimy.

W innym kierunku, jest także ważną wiadomość, kiedy był ostatni peryod. Wiadomo bowiem, że czas tuż po ukończonem miesiączkowaniu, a szczególnie czas blizki początku, jest, z powodu towarzyszącego przekrwienia narządów małej miednicy, niestósownym do zabiegów operacyjnych lub do stósowania środków drażniąco działających i w tym celu należy wybrać okres od 4-go dnia po skończeniu się odpływu miesięcznego do 10 dni przed jego pojawieniem się.

Czy istnieje zwiększona wydzielina z części płciowych, czyli t. zw. białe upławy? czy w znacznej ilości, jak dawno, jakiego zabarwienia i woni, czy sprawiają pieczenie i świąd sromu lub czy towarzyszy im parcie na mocz i bóle w czasie oddawania moczu? czy trwają ciągle lub tylko przez kilka dni po peryodzie i przed nim? Do odpowiedzi, że nie ma upławów, nie należy zupełnie przywiązywać wagi, gdyż z tą odpowiedzią spotykamy się często, choć badaniem stwierdzamy upławy w znacznej ilości.

Po wszechstronnem wyczerpaniu powyższych pytań, należy rozpocząć wywiady o stanie ogólnym, o przebytych chorobach i uży-

wanych środkach leczniczych. Najważniejszym narządem, na który należy zwrócić uwagę w wywiadach i leczeniu, jest przewód pokarmowy; wzajemne bowiem oddziaływanie na siebie narządów płciowych i trawienia bywa najczęstszem i najwidoczniejszem. Najczęściej też otrzymujemy od chorych odpowiedzi, że już od dawna cierpią na uporczywe zatwardzenia i że używają bezskutecznie całego szeregu środków czyszczących.

Wkońcu, wywiady uzupełniamy jeszcze w miarę potrzeby, w czasie badania lub po niem.

## **Badanie właściwe.**

Badanie właściwe czyli fizyczne, składa się z badania wzrokiem (*adspectio*), dotykiem (*palpatio*) i słuchem (*auscultatio*). Ze względów praktycznych i celem zachowania w wykładzie, ile się da, tego porządku, jakim zwykle w badaniu postępujemy, najstosowniejszym jest podział na badanie zewnętrzne i wewnętrzne.

### **Ułożenie chorej w celu badania.**

Do dokładnego badania, koniecznem jest przedewszystkiem stosowne ułożenie badanej. (Gdy jednak niema takiego ułożenia, któreby odpowiadało w zupełności wszystkim sposobom badania i leczenia, dlatego koniecznie znać potrzeba wszystkie ułożenia i korzyści, jakie one przedstawiają.

Trzewia małej miednicy są narządami do pewnej granicy ruchomo umieszczonymi, które zatem zmieniają swoje położenie, stosownie do stopnia ucisku, jaki wywierają na nie wyżej położone trzewia brzuszne i działanie mięśni brzusznych wraz z przeponą. Sumę tych wpływów nazywamy ciśnieniem śródbrzusznem. Łatwo zatem pojąć, że to ciśnienie będzie największem w postawie stojącej, a coraz mniejszem aż do zera, w końcu wreszcie ujemnem, w miarę tego jak tułów coraz niższe względem miednicy zajmuje położenie.

### **Postawa stojąca.**

Postawa stojąca nadaje się prawie tylko do wybadania wpływu, jaki ma ciśnienie śródbrzuszne na położenie pochwy i macicy, zatem stopnia obniżenia lub opadu tych narządów, jakoteż położenia i działania założonego krążka.

Podług Schatz a ciśnienie śródbrzusne, wynosi w postawie stojącej 20—25 cm. wysokości słupka wody, a zmniejsza się i dojść może do zera, przez pochylenie tułowia ku przodowi, zwiększa się zaś przez wyprężanie tułowia i pochylanie na boki.

Macica obniża się w tej postawie tak, że część pochwowa zbliża się do wejścia pochwowego. Jeżeli jednak pęcherz moczowy jest próżnym, to dno macicy może się tak pochylić ku przodowi, że część pochwowa usuwa się ku tyłowi i ku górze i trudniej daje się osiągnąć. Jeżeli zaś szyja maciczna jest ustaloną zrostami to tylko samo jej ciało pochyla się i tworzy kąt załamania od przodu. Z tego wynika, że w postawie stojącej i zmiany położeń macicy wybitniej występują, a czasem można się przekonać, że macica pochylona lub zagięta ku tyłowi u chorej leżącej, przeciwne przyjmuje położenie u stojącej.

Tak badanie zewnętrzne, jakoteż oburęczne, są w tej postawie niemożliwe, a do celów leczniczych, mianowicie rozdzielania zlepek zapalnych, używa jej tylko Thure Brandt w Sztokholmie.

### **Ułożenie grzbietowe.**

Ułożenie to bywa najpowszechniej używanem i zaleca się w największej liczbie przypadków jako zupełnie wystarczające, tak do badania chorych, jakoteż do wykonywania operacyi.

Jeżeli chorej ułożonej poziomo na grzbiecie, na równym posłaniu, z głową mało podwyższoną polecimy zgięcie nóg w kolanach o tyle, o ile to sama jest w stanie uczynić, tak aby stopy nie opuszczały posłania, to ruch ten dokonywa się w samych stawach biodrowych i kolanowych. Jeżeli jednak polecamy dalsze przyciąganie ud ku brzuchowi, tak że stopy znajdują się w powietrzu, to w tym ruchu bierze już udział cała miednica, przeginając się w połączeniu krzyżowo-lędźwiowem ku kręgosłupowi, przez co zmniejsza się pojemność jamy brzusznej a ciśnienie śródbrzusne wzmagają. Ciśnienie to wzmoże się jeszcze, gdy do tego ułożenia odnóg dolnych, dodamy jeszcze tułowiovi, przez podwyższone ułożenie, spadziścioci. — W ten sposób powstają:

**Ułożenie grzbietowo-posładkowe** (*Steissrückenlage*), jeżeli badanej poziomo leżącej dwaj pomocnicy podtrzymują nogi zgięte w kolanach w ten sposób, aby uda były do posłania prostopadle ustawione. Powłoki brzuszne, wówczas beczynne, najlepiej pozwalają tak obmacania brzucha, jakoteż badania oburęcznego. Również użyć można w tem

ułożeniu każdego rodzaju wziernika, jeżeli chorą zesuniemy pośladkami na sam brzeg stołu.

**Ułożenie jak do cięcia pęcherza u mężczyzn (*Steinschnittlage*)** wytwarza się, jeżeli do poprzedniego ułożenia dodamy podwyższenie nie samej głowy lecz całego tułowia. W ułożeniu tem, ucisk śródbrzuszny jest wprawdzie większym lecz dla badanych jest ono najdogodniejszem. Wszystkie więc stołki i stoły ginekologiczne służą głównie do tych dwóch ułożeń, tak, że ruchome oparcie pod plecy można podwyższać lub zniżać, a stopy lub kolana mają osobne podpory, tak aby badający, mógł stanąć pomiędzy udami.

Bardzo korzystnie dają się i bez stołu ginekologicznego zastąpić pomocnicy, tak zwanemi trzymadłami nóg (*Beinhalter*). Z pośród wielu znanych, jak Fritscha, Sängera i F. L. Neugebauera, najpraktyczniejszym, gdyż łatwo przenośnym i łatwo dającym się zastosować, jest trzymadło Otta (Fig. 1). Składa się ono

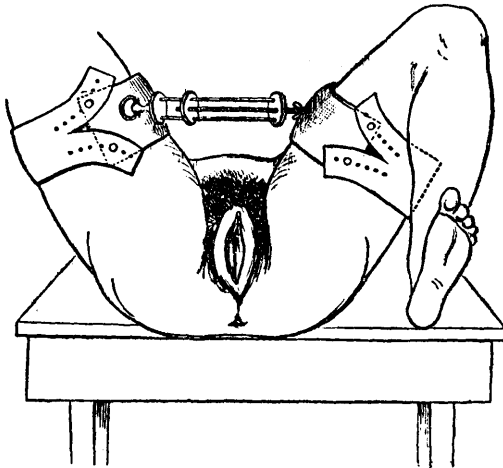


Fig. 1. Trzymadło nóg Otta.

z dwóch szerokich pasów, które obejmują uda powyżej kolan, rozdzielonych od siebie prętem stalowym, którego długość, a zatem i odstęp kolan, można dowolnie zmieniać. Uda, przybliżone do brzucha, ustalają się w tem ułożeniu zapomocą szerokiej taśmy, którą przeprowadzamy od sprzączki jednego pasa udowego przez bark tej samej strony, plecy i przeciwną pachę (zatem ukośnie) do sprzączki drugiego pasa.



Ułożenie z podwyższoną miednicą, czyli ułożenie Trendelenburga <sup>1)</sup>, polega na nadaniu tułowiowi takiej spadzistości, aby głowa znacznie niżej leżała niż miednica. Da się to skutecznie albo opuszczeniem tułowia na stole ku temu celowi urządzonym (Trendelenburga) lub też znacznym podwyższeniem miednicy. Ułożenie to jest korzystnym dla operacyi w małej miednicy, gdyż jelita opadają ku przeponie, a ciecze nie spływają ku zatoce Douglasa, co ułatwia t. zw. toaletę po operacyach. Stroynowski <sup>2)</sup> widzi w tem ułożeniu znaczne ułatwienie badania, gdy małą miednicę wypełnia albo płyn surowiczny albo też obrzęki.

Do badania w domu u chorej, wystarcza każde równe niemiękkie posłanie na łożku lub kanapie, jeżeli chora położy się z głową mało podwyższoną i nogami zgiętymi w kolanach, niezbyt od siebie oddalonymi. Do badania wziernikiem, potrzeba nieco podnieść krzyżę za pomocą małej twardej poduszki, a w jej braku lub gdy potrzeba zająć miejsce pomiędzy udami zaleca się ułożenie ukosne, które polega na tem, że chora zesuwa się pośladkami na samą krawędź posłania, tak aby jedna noga była w powietrzu i znalazła oparcie na krześle.

### **Ułożenie brzuszne czyli grzbietem ku górze.**

Ułożenie to należy tak rozumieć, że chora, ukłękłszy na twardem równem posłaniu, pochyła tułów na przód, albo do jednego poziomu z miednicą i dostaje podporę pod klatkę piersiową — stół operacyjny Bozema — lub klatka piersiowa spada niżej i wspiera się na łokciach — ułożenie kolankowo łokciowe, *position à la vache* — lub jeszcze niżej, tak, że za podporę służy albo głowa z podłożonem pod nią przedramieniem lub nawet bark jeden lub drugi.

W tem ułożeniu, ciśnienie śródbrzusne staje się silnie ujemnem przez obwisnięcie powłok brzusznych i spadzistość tułowia tak, że po odchyleniu wziernikiem wejścia do pochwy, powietrze balonowato ją wydyma. Przez cewnik wsunięty w pęcherz wchodzi powietrze z dającym się słyszeć syczeniem, a mocz nie odpływa, nawet z pęcherza wypęfnionego.

Ułożenie to, do badania palcem całkiem się nie nadaje, gdyż macica tak opada ku jamie brzusznej, że część pochwowa przypada

<sup>1)</sup> Volkmann. *Sammlung klin. Vorträge* Nr. 355. — <sup>2)</sup> *Centralblatt f. Gynaekologie* 1890 Nr. 2.

na płaszczyźnie wchodu miednicy lub ponad nią, a względnie do ułożenia chorej poniżej niej czyli już w jamie brzusznej. W żadnym jednak ułożeniu pochwa i część pochwowa macicy nie dają się przejrzeć naraz w całości, w takim stopniu jak w tem. Obrzęki zaś ruchome, umieszczone w zatoce Douglasa, albo same opadają ku jamie brzusznej albo też łatwiej dają się ku niej wypchnąć, również jak i ciało macicy odgięte lub odchylone, jeżeli jest ruchome.

Gdy badana z tego ułożenia przechodzi w inne, umyka z pochwy powietrze, tak jak w czasie oddawania wiatrów; w celu więc uniknięcia tego objawu, należy palcami lekko ściany pochwy odchylać, dopóki badana położenia nie zmieni.

### **Ułożenie boczne.**

Najczęściej używane bywa na boku lewym tak, że ciało spoczywa na grzebieniu kości biodrowej lewej i barku lewym, uda przyciągnięte pod kątem prostym do brzucha, a pośladek lewy na samym brzegu stołu lub na krawędzi łóżka. W tem ułożeniu, nadajacem się dobrze do obejrzenia międzykrocza i sromu, oraz do użycia wzierników łyżkowych, ciśnienie śródbrzuszne opaść może do zera lub nawet niżej. Ułożenie to do badania palcem przez pochwę, prócz przez lekarzy amerykańskich, rzadko bywa używane.

**Ułożenie boozno brzuszne** czyli ułożenie Simsa, jest pośredniem pomiędzy bocznem a brzuszem. Badana kładzie się na boku lewym, przyczem lewą rękę zostawia za plecami, tak, że tułów spiera się na przedkowej powierzchni barku lewego i lewej połowie twarzy, oraz przedkowej lewej powierzchni klatki piersiowej; prawe udo więcej przyciągnięte do brzucha niż lewe, a kolano prawe, nieco oddalone, trzyma pomochnik. W tem ułożeniu, nadajacem się bardzo dobrze do badania wziernikami łyżkowymi i do wykonywania operacyi na ścianach pochwy opada ciśnienie śródbrzuszne także poniżej atmosferycznego.

## **Badanie zewnętrzne.**

### **Badanie brzucha.**

**Badanie przez oglądanie czyli wzrokiem** (*Adspectio*) ma znaczenie podrzędniejsze i odnosi się do stanu powłok brzusznych, jako też kształtu brzucha powiększonego przez obrzęk lub płyn. Duże torbiele jajnikowe nadają brzuchowi kształt beczkowaty, dobrze w środku wy-

sklepiony, podczas gdy brzuch powiększony przez nagromadzony wolny płyn okazuje, w przypadkach niezbyt krańcowych, w środku spłaszczenie i zwieszanie się na boki.

**Badanie dotykiem** (*Palpatio*) wykonywamy w ten sposób, że na brzuch, okryty tylko koszulą lub całkiem obnażony, przykładamy ręce, całą powierzchnią dłoniową symetrycznie po obu stronach i końce palców zaciskamy w powłoki brzuszne, ku badanym okolicom. Jeżeli zatem badamy dolną część brzucha, zwracamy palce ku dołowi, przeciwnie zaś, jeżeli górne okolice wy badać chcemy. Symetryczne ułożenie rąk dozwala łatwo wysledzić różnice odporności obu połów. Boczne części brzucha badamy posuwając się palcami od linii białej na prawo i na lewo.

W prawidłowych warunkach, t. j. w obec prawidłowej odporności powłok brzusznych i prawidłowej wielkości narządów małej miednicy, nie można żadnego z nich wysledzić samem badaniem zewnętrznem, podczas gdy u kobiet z bardzo wiotkimi powłokami, łatwo dającymi się zagnieść ku jamie małej miednicy, można wyczuć dno macicy nawet niepowiększonej, mięśnie lędźwiowe (*mm. psoas*), kręgosłup, tętniącą na nim aortę brzuszną i wżgórek kości krzyżowej.

Badaniem jamy brzusznej, mamy stwierdzić czy nie zawiera ona jakiego obrzęku zapalnego lub nowotworowego, płynu wolnego lub otorbionego, czy dotykanie brzucha jest bolesnem i oznaczyć miejsce, rozległość i stopień bólu. Jeżeli wysledzimy w jamie brzusznej jakiś obrzęk, to oznaczamy naprzód: położenie jego, gdyż z tego już można otrzymać pewne wskazówki co do jego pochodzenia i zbitość. Im twardsze są obrzęki, tem łatwiej je wysledzić i oznaczyć ich granice, a skala twardości jest znaczną, od obrzęków zbitości prawie chrząstkowatej (włókniaki i stare złogi zapalne wypocinowe), aż do tak miękkich, że obecność ich samym dotykiem ledwo wykazać można (torbiele o bardzo cienkich ścianach, mało wypełnione). Z badania twardości czyli zbitości obrzęków wynika i kliniczny ich podział, na obrzęki twarde czyli stałe (*Tumores solidi*) i obrzęki wypełnione cieczą czyli sprężyste i chęłbotające. Im obrzęk cieczą wypełniony jest większym, tem chęłbotanie, czyli uczucie uderzenia fali, jakiego doznaje przyłożona ręka przez wstrząsanie palcami drugiej ręki w miejscu naprzeciwległem, wyraźniej występuje, podczas gdy w obrzękach małych objawu chęłbotania brak, tak że dla rozpoznania płynnej treści pozostaje tylko właściwa takim obrzękom sprężystość. Objaw ten

może być również niewyraźnym nawet na większych obrzękach bardzo silnie ciecżą napełnionych i naprzężonych ścianach brzusznych. Uczucie niewyraźnego chęłbotania okazują niekiedy i obrzęki stałe (włókniaki) skutkiem torbieli w ich mięszu lub bez nich skutkiem nacieku surowiczego, o czym pamiętać należy. Jak również i o tem, że wielki, ponad pępek sięgający obrzęk chęłbozący, może pochodzić od pęcherza moczowego, nadmiernie moczem wypełnionego. Od pomyłki, chroni wypróżnienie pęcherza moczociągiem. Wreszcie bywają obrzęki, które w czasie dotykania ręką stopień twardości zmieniają. Do tych przedewszystkiem należy macica ciężarna lub miernie powiększona przez nowotwór ścian (włókniak). Mniej wprawni popełniają często błąd zapominania o możebności ciąży, dając się obalać wywiadami, podczas gdy wprawnym właściwa zbitość i kształt obrzęku, bez względu na wywiady, myśl o możebności ciąży nasuwają. W miernym stopniu okazują zmienność zbitości i same włókniaki, jeżeli złożone są przeważnie z włókien mięsnych (*myomata*) lub miękną w czasie okresów miesięczkowych, z powodu zwiększonej soczystości.

Wkońcu bywają obrzęki niejednostajnej zbitości czyli miejscami twardsze, miejscami miększe lub chęłbozące, lub wielkie obrzęki chęłbozące, a obok nich lub w ich ścianach stałe.

Powierzchnię obrzęku badamy równocześnie ze zbitością i rozróżniamy gładką lub nierówną, guzkową lub guzową.

Granice wysledzamy najdokładniejszem obejściem obrzęku obiema rękami ze wszystkich stron, co się również najłatwiej udaje w przypadkach obrzęków twardych i niezbyt wielkich. W ten sposób, staramy się odosobnić obrzęk od każdego narządu jamy brzusznej. Obrzęki pochodzące z jamy małej miednicy, cechują się tem, że ich dolna granica nie daje się objąć ręką od zewnątrz badającą, inaczej mówiąc, że się gubią w małej miednicy, wyjąwszy obrzęki o długiej szypułce, które ku górze pociągnąć można. W przypadkach bardzo wielkich obrzęków, wypełniających całą jamę brzuszną i górna granica, gubiąca się pod łukami żebrowymi, nie daje się objąć ręką, a ustaleniem, wielkością, ciężarem i ściśnieniem jamy brzusznej mogą one tak ściśle przylegać do wchodu miednicy, że nie pozwalają zaciśnięcia ręki nad spojeniem kości łonowych, jakkolwiek mogą nie pochodzić z małej miednicy. Obrzęki nieposiadające granic wybitnych, lecz nieznacznie w otoczenie przechodzące nazywamy obrzękami rozlanymi.

W celu dokładnego zanotowania w protokole znalezionych granic obrzęków jamy brzusznej i jamy miednicy małej, podał Schultze swoje schemata, w które łatwo znalezione granice dla kontroli przy badaniach późniejszych wryśować się dają.

Ruchomość obrzęku śledzimy poruszając go we wszystkich kierunkach i oznaczając w którym kierunku jest największą, w którym najmniejszą, lub stwierdzając brak ruchomości. Największą ruchomość okazują stałe nowotwory jajników, szczególnie gdy towarzyszy im puchlina brzuszna. Dają one niekiedy uczucie znikania pod ręką trącącają je i podpływania znowu, *balottement*. — Zupełnie ruchomości nie okazują bardzo wielkie obrzęki stałe i torbielowe jakoteż i zapalne, wypocinowe.

Pochodzenie obrzęku. Oznaczając położenie, zbitość, granice i ruchomość, przychodzimy już zazwyczaj do wniosku o istocie obrzęku, a zatem i o prawdopodobnem jego pochodzeniu. I tak twarde obrzęki stałe, wychodzące z małej miednicy, są prawdopodobnie włókniakami macicy, a chęłboczące lub wybitnie sprężyste, ściśle odgraniczone i ruchome, bywają najczęściej torbielami jajników. Odnosi się to naturalnie do obrzęków niewielkich. Mimo to, trzeba się starać związek obrzęku z odpowiednim narządem ściśle oznaczyć, do czego służą inne sposoby badania. W warunkach sprzyjających, można niekiedy przez pociąganie obrzęku w górę wyczuć napinające się szypułkowate połączenie.

Obrzęki umieszczone w samej ścianie brzusznej, cechują się tem, w odróżnieniu od śródbrzusznych, że występują wyraźniej w czasie czynności mięśni brzusznych, zatem najwyraźniej jeżeli chora, bez użycia rąk, z pozycji leżącej przechodzi w siedzącą, podczas gdy śródbrzuszne stają się mniej wyraźne lub zupełnie znikają.

Przesuwalność ściany brzusznej po obrzęku, badamy ujmując fałdy skóry, celem przekonania się o zrostach otrzewny ściennej z obrzękiem. Badanie to prawie nigdy nie prowadzi do pewnych wyników. Na miejscach, w których otrzewna doznała zmian zapalnych, w rzadkich przypadkach, pojawia się uczucie trzeszczenia (*Crepitatio*).

Ból występujący przy badaniu dotykiem pochodzić może albo z przeculicy (*Hyperaesthesia*) lub jest zapalnym. W pierwszym razie zmniejsza się za wzmagającym się uciskiem, w drugim się zwiększa. Bolesność zapalna wymaga bardzo oględnego badania, gdyż

należy o tem pamiętać, że przez samo badanie stan chorej znacznie możemy pogorszyć, podniecając zapalenie już uśmierzone.

Badanie dotykiem, może być bardzo utrudnione lub niemożliwe w warunkach niekorzystnych, jakimi są:

Zbyt grube powłoki brzuszne z powodu nagromadzenia tkanki tłuszczowej, która u kobiet, szczególnie po 40 roku życia, może się w ogromnej ilości nagromadzić i tworzyć nawet ograniczone guzy. Jedyne miejscem, którego wówczas użyć można w ograniczonym stopniu do badania, jest fałd brzuszny ponad spojeniem łonowem.

Znaczne wzdęcie kiszek (*Meteorismus*) często towarzyszące cierpieniom części płciowych utrudnia badanie. W takich przypadkach, można niekiedy wzdęcie zmniejszyć lub zupełnie usunąć przez ucisk powłok brzusznych płasko przyłożonemi rękoma, stopniowany, w czasie głębokich wydechów (*Spiegelberg*). Gdyby ten sposób okazał się bezskutecznym, należy ułatwić badanie obfitemi wypróżnieniami.

Napinanie powłok brzusznych wydarzające się u osób nerwowych, skłonnych do odruchów. Czynność mięśniowa niekiedy tak znacznie występuje, że powłoki stają się twarde jak deska, albo też jedna połowa mięśni brzusznych lub tylko pojedyncze mięśnie, albo wreszcie, pojedyncze części mięśnia podlegają skurczowi. Ostatni objaw spostrzegać się daje na mięśniach prostych brzucha, których pojedyncze części międzyścięgniste w stanie skurczu mogą występować w postaci obrzęków. Jeżeli czynność mięśniowa jest niezbyt znaczną, to daje się usunąć przez odwrócenie uwagi badanej nawiązaniem z nią rozmowy, np. w celu uzupełnienia wywiadów. Gdy to nie pomaga, zaleca się zmianę położenia na bok, w chwili bowiem tej zmiany najczęściej powłoki wiotczeją. Usunięcie napinania udawało mi się prawie zawsze przez spuszczenie podpory stołu ginekologicznego aż do poziomu, tak, że głowa nisko leżała. W trudnych przypadkach poleca *Hegar*, znaczne wypełnienie odbytnicy i pęcherza moczowego wodą letnią, poczem, po opróżnieniu, mają powłoki wiotczeć. — *Skutsch*<sup>1)</sup> zaś poleca jako środek niezawodny przekonanie chorej jej własną ręką o twardości brzucha i żądanie od niej, aby sama próbowała zagniecenia głębszego powłok, poczem chora najlepiej zrozumie o co się właściwie rozchodzi. Najlepiej usuwamy skurcz uspieniem chorej, którego należy użyć w przypadkach

<sup>1)</sup> *Volkmann. Samml. klin. Vortr. Neue Folge* Nr. 48.

wątpliwych, szczególnie, gdy od wyników badania zależy wykonanie operacji lub jej zaniechanie.

Znaczna bolesność czyni badanie niemożliwym.

Bardzo ułatwionem bywa badanie, gdy obok wiotkich powłok istnieje jeszcze rozstęp mięśni prostych brzucha (*Diastasis*).

**Badanie wypukiem** (*Percussio*). Badanie wypukiem daje często w przypadkach wątpliwych nieocenione wskazówki, naprzód celem odróżnienia obrzęku od wzdęcia, a powtóre celem oznaczenia granic obrzęku, jeżeli obmacywaniem dokładnie oznaczyć się nie dadzą. Wypukiem oznaczony obwód obrzęku wypadnie zawsze mniejszym od dotykiem oznaczonego, z powodu włączania się kiszek z boków i od góry. W przypadkach bardzo wielkich obrzęków, podchodzących aż pod łuki żebrowe, niekiedy tylko wypukiem można wykazać brak ich związku z wielkimi gruczołami brzuszными, mianowicie wątrobą i śledzioną.

Ważną bardzo okolicznością jest także czy kiszki nie znajdują się na przodkowej powierzchni obrzęku, gdyż jest to objaw cechujący obrzęki pozaotrzewnowe (*Tumores retroperitoneales*), zatem pochodzące od nerek lub gruczołów krezkowych. W razach jednak dużych obrzęków bardzo rzadko można obecność kiszek na nich niewątpliwie wypukiem stwierdzić, szczególnie gdy kiszki uciśnięte nie zawierają gazów. Celem rozděcia ich gazami, poleca się, w przypadkach wątpliwych, lewatywy przez wysoko wsuniętą rurę kiszkową, z dwóch rozczywnów przyrządzonych z proszków burzących.

Najważniejsze wyniki daje wypuk, pod względem wybadania istnienia płynu wolnego w jamie brzusznej i odróżnienia go od otorbionego. Płyn wolny, w miernej ilości nagromadzony w jamie brzusznej, zajmuje najniższą jej część i w grzbietowym ułożeniu chorej czyli na wznak poziom jego odznaczy się wypukiem jako granica łukowata, zwrócona wklęsłością ku górze, której położenie zmienia się stosownie do zmian ułożenia chorej. Odgłos wypukowy z boków i ku tyłowi, w największej liczbie przypadków bywa czezym, a wyjątkowo bębnowym, jeżeli długie *mesocolon* lub *mesocoecum* dozwala na podpinięcie kiszki pod same powłoki brzuszne. Jeżeli płyn wypełnia całą jamę brzuszną lecz nie w najwyższym stopniu, to pływające na nim kiszki sprawią odgłos wypukowy bębnowy na najwyższym miejscu brzucha, otoczony dokoła odgłosem czezym. Jeżeli zaś krezki kiszkowe są za krótkie względnie do oddalenia powłok brzusznych przez nagromadzoną ciecz lub bezwzględnie z powodu

zmian zapalnych, tak, że kiszki nie mogą pod powłoki podplynać, to odgłos bębnekowy może się pojawić gdy opukujemy za pomocą plesimetru głęboko zagniecionego w powłoki brzuszne.

W przypadkach płynu otorbionego, odgłos wypukowy czezy otoczony jest dokoła odgłosem bębnekowym, a odgłos z boków ku tyłowi pozostaje najczęściej bębnekowym, wyjąwszy gdy wielki torbiel zupełnie uciśnie kiszki lub gdy prócz otorbionego płynu znajduje się i wolny.

**Badanie słuchem** (*Auscultatio*). Wiadomo, jak ważnym objawem, celem rozpoznania ciąży, jest dosłyszenie tętna płodowego lub ruchów płodu, udzielonych uchu. Dlatego, gdy chodzi o odróżnienie ciąży od obrzęku lub rozpoznanie ciąży obok obrzęku lub też ciąży pozamacicznej, dosłyszenie tętna płodowego lub ruchu jest objawem największej doniosłości. Szmer podobny do szmeru łożyskowego właściwym jest czasem i dużym włókniakom macicznym i dlatego może być niekiedy użytkowym do rozróżnienia chełbo-czącego włókniaka od torbiela, na którym bardzo rzadko występuje. Szmer łożyskowy słyszano także na powiększonej śledzionie i wątrobie (Leopold), oraz na obrzękach pozaotrzewnowych. Przysłuchem można czasem stwierdzić tarcie się nierównych powierzchni otrzewny, świeżo zapaleniem zmienionych, szczególnie na torbielach jajnikowych lub okazujących brodawkowe wybujałości. W przypadkach wypocin otrzewnowych komunikujących z kiszka lub torbieli jajnikowych zawierających gazy, można słyszeć w czasie wstrząsania dźwięczne szmery metaliczne.

**Wymierzanie brzucha** (*Mensuratio*). Wymierzanie zaleca się w przypadkach znacznych obrzęków, albo dla kontroli wzrastania ich jako ważny szczegół do historii choroby lub jako mały przyczynek rozpoznawczy w odróżnieniu torbieliów od puchliny brzusznej, o czym pomówimy we właściwym miejscu. Pomiary, zwykle w tym celu używane są: 1-o Obwód brzucha największy. 2-o Obwód w wysokości pępka. 3-o Odległość wyrostka mieczykowatego od górnego brzegu spojenia łonowego. 4-o Odległość jego od pępka. 5-o Odległość pępka od spojenia łonowego. 6-o Odległość pępka od przodkowego górnego kolca kości biodrowej, lewego i prawego.

### Badanie sutków.

Badanie sutków w naszych celach jest głównie skierowaniem do stwierdzenia czy istnieje właściwa im wydzielina, lub czy jej brak.



Jakkolwiek obecność siary (*Colostrum*) jest tylko prawdopodobnym objawem ciąży, gdyż towarzyszyć może i chorobom jajników i macicy, to jednak zawsze w przypadkach wątpliwych t. zn. gdy mamy rozstrzygnąć czy obrzęk pochodzi od nowotworu, zapalenia lub od ciąży, wobec wybitnego pojawienia się siary w sutkach, powinniśmy podejrzewać ciążę lub obrzęk w parze z ciążą. podczas gdy brak siary, żadną miarą ciąży nie wyklucza.

### **Badanie sromu.**

Badanie to ogranicza się do oglądania wszystkich części sromu i obmacywania znalezionych obrzęków lub podstawy owrzodzeń. Wykonywamy je wówczas, gdy odsłaniamy i odchylamy wargi sromowe, w celu wsunięcia wziernika, przyczem zwracamy głównie uwagę na domykalność sromu, zachowanie się błony dziewiczej lub jej resztek, zabarwienie błony śluzowej i wydzielinę zalegającą, oraz próbujemy czy z cewki moczowej nie pojawi się wydzielina ropna za uciskiem na cebulkę moczową. W czasie badania sromu, poleca się nie pomijać wybadania dotykiem obu okolic pachwinowych dla stwierdzenia, czy gruczoły są obrzmiałe czy też nie lub dla wykrycia przepukliny.

### **Badanie wewnętrzne.**

Badanie wewnętrzne ma na celu wykazanie położenia i zmian chorobowych narządów małej miednicy, ich wzajemnego stosunku do siebie i do całego otoczenia, jakoteż stosunku, jaki zachodzi pomiędzy obrzękami zapalnymi i nowotworowymi a częściami płciowymi.

### **Badanie przez pochwę.**

**Badanie palcem.** Najzwyczajiej używa się do tego badania ułożenia grzbietowego z kolanami lekko zgiętymi, na zwykłej nie-miękkiej sofce lub na brzegu łóżka. Dla badającego, najwygodniejszą jest pozycja siedząca lub kłęcząca na jednym kolanie. Stojąc, najwygodniej jest badać na stole zwykłym lub ginekologicznym, a w każdym innym przypadku, przymusowe zgięcie tułowia w pozycji stojącej w znacznym stopniu zmniejsza swobodę badania.

Co do wyboru ręki, to obie ręce powinny być wprawiane w badanie i to nietylko dlatego aby nie być krępowanym ułożeniem chorej, lecz głównie dlatego, że badanie jest wówczas najdokładniejszym, gdy badamy jedną i tę samą chorą obiema rękami na prze-

mian; albowiem palcem ręki prawej można dokładnie wy badać tylko prawą połowę miednicy, a ręki lewej lewą, czyli że badanie jest wówczas najlepszem, gdy całą miednicę małą wy badamy dłoniową czyli czuciową stroną palca. Ręka, którą badamy, jest równoimienną stronie badanej, po której się znajdujemy.

Palec wskazujący, zwykle do badania używany, należy uczynić ślizgim, pomazując go, jakoteż przyległą część grzbietową i dłoniową ręki aż do palca wielkiego wazeliną wyjałowioną, gliceryną lub w braku ich i oliwą, przez co także i siebie ochramiamy od możebności zakażenia przypadkowej ranki. W braku wspomnianych środków można badać palcem zmazanym w 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> rozczywie sublimatu, który w postaci proszku lub pastylek powinniśmy mieć przy sobie, lub palcem zmazanym w maści składającej się z wyjałowionej lanoliny, gliceryny i kwasu borowego (*Borglicerinlanolin*), którą Dr. Graf wprowadził w użycie w takich puszkach, w jakich bywają farby olejne.

Jeżeli siedzimy po prawej stronie chorej, to najwygodniej prawą rękę wsunąć pod prawem udem chorej aż do sromu, tak, aby palec wskazujący zgięty pod kątem prostym powierzchnią grzbietową położyć na szparze sromowej i ruchem prostującym wsunąć go w przed-sionek. Mniej wprawnym udaje się to łatwiej, gdy palec wskazujący stroną sprychową posuwają z dołu w górę po międzykroczu i w ten sposób nieomylnie znajdują szparę sromową. Wówczas jednak nie ma już mowy o badaniu bezgnilnem, które może być zupełnem, jeżeli jedną ręką odchyliły wargi sromne i dopiero palec wsuniemy bezpośrednio w wejście pochwowe. Położenie ręki badającej, jakoteż reszty palców, może być różne, stósownie do przyzwyczajenia i miejsc badanych. Zupełnie dobrze badać można ręką, której reszta palców pozostaje w dłoni zgiętą zupełnie lub w połowie, a w szczególności nadaje się to ułożenie palców, gdy chcemy po przodkowej ścianie miednicy wysoko się dostać. Gdy badamy ścianę tylną pochwy i sklepienie tylne, wówczas głębiej dosięgniemy gdy reszta palców spoczywa powierzchnią dłoniową na pośladku chorej. Thure Brandt używa wyłącznie badania „ręką otwartą“, to znaczy, że palec średni równolegle z badającym, spoczywa w rowku międzypośladkowym w całej długości, a reszta palców na odpowiednim pośladku. Sposób ten jest szczególnie wygodnym do badania części poza macicą położonych, lecz dostateczne zwroty ręki są wówczas utrudnione. Palec wielki, odgięty od wskazującego, powinien w czasie badania spokojnie leżeć na wardze sromowej, aby nie drażnić łechtaczki. Łokieć badającej

ręki powinno się jak najwięcej obniżyć, aby palcem jak najwyżej dosięgnąć można ku górze i ku tyłowi.

Użycie do badania dwóch palców, t. j. wskazującego i średniego, poleca się bardzo w razach obszernej pochwy i obszernego do niej wejścia. Nieuwzględniając nawet tej okoliczności, że wówczas o 1 cm. wyżej dosięgnąć możemy, to korzyści badania polegają na użyciu dwóch powierzchni czucia zamiast jednej, na możebności równoczesnego badania dwóch punktów, na lepszem rozeznaniu ich stosunku do siebie oraz na lepszem poczuciu bryłowości, podobnie jak patrząc obu oczami. Dlatego też, badania tego nie powinno się nigdy zaniedbywać.

Rzeczą wielkiej wagi w badaniu palcem jest pedantyczna systematyczność w kolejności badania i w myśleniu tylko o tem, co się w danej chwili bada, tak, jakby się wyniki badania, miało dyktować do historii choroby. Jest to jedyny sposób prowadzący do wprawy. Inaczej postępujący, po ukończeniu badania, najczęściej albo nic nie wiedzą lub też z tego, co czuli, całkiem fałszywie zdają sobie sprawę. Bardzo też słusznie podnosi A. M a r s<sup>1)</sup>, że pochwa jako przewód błoniasty, podatny, o ciepłocie bardzo do ciepłoty palca zbliżonej, jest małą podniętą dla nerwów czuciowych opuszki palca badającego, a jeszcze mniejszą dla boków palca i dlatego należy w czasie badania skupić całą uwagę na części, palcem wyczuwane, niezapominając o tem, że czem dokładniej badane części chcemy palcem wymacać, tem lżej powinniśmy ich dotykać.

Wsuwając palec w pochwę, zwracamy uwagę naszą na to czy istnieje wędzidelko warg czy go też brak, na obszerność wejścia pochwowego, ślizgłość lub suchość, podatność, działanie zwieracza sromu (*Sph. cunni*), dotkliwość lub wygórowaną bolesność. Następnie na zachowanie się pochwy: obszerność, długość, podatność, zachowanie się fałdów, gładkość lub istnienie drobnych wzniesień nad powierzchnią (*Granula*).

Doszedłszy do części pochwowej macicy, osądzamy naprzód, czy ma ona prawidłowe położenie, kierunek i kształt. Nieprawidłowości co do wysokości położenia ocenia najlepiej wprawa w badaniu, mianowicie to uczucie jak daleko palec potrzeba wsunąć, aby dosięgnąć części pochwowej. Pozornie za wysoko znajduje się część

---

<sup>1)</sup> Kilka uwag nad badaniem ginekologicznem za pomocą palca. „Przegląd Lekarski“ 1888, Nr. 27.

pochwowa u kobiet bardzo otyłych, z powodu przeszkody, jaką stawiają pośladki w zaciśnięciu międzykrocza. Do dokładniejszego oznaczenia prawidłowego położenia służy linia Holsta, pociągnięta w myśli od jednego kolca siedzeniowego do drugiego, które dają się wybadać, gdyż na tej linii powinna się znajdować prawidłowo ustawiona część pochwowa, a znaczne zboczenia od niej, wobec próżnego pęcherza i odbytnicy, uważamy za nieprawidłowe.

Palec badający natrafia naprzód na przodkową wargę i ścianę części pochwowej i bada jej kierunek, w którą zatem stronę jest u chorej zwrócone ujście zewnętrzne macicy, gdyż z tego wynikają już ważne wnioski o jej położeniu. Tu nawiasem wypada wspomnieć, że mówiąc o kierunkach: przód i tył, mamy zawsze na myśli postawę chorej stojącą, a wyrażenia: w lewo i w prawo, odnosimy zawsze do stron chorej a nie badającego. Jeżeli zatem znajdziemy ujście zewnętrzne całkiem zwrócone ku przodowi, to ten kierunek naprowadza nas na myśl, że ciało macicy będzie nieprawidłowo ku tyłowi zwrócone, podczas gdy ujście zewnętrzne całkiem ku tyłowi zwrócone, wysoko ustawione, trudne do osiągnięcia, odpowiada nachyleniu ciała macicy ku przodowi. Podobnie, gdy ujście wraz z częścią pochwową zbacza w lewo lub w prawo domyślamy się zboczenia ciała macicy w przeciwnym kierunku. Następnie badamy zachowanie się ujścia macicznego, jego kształt, wielkość, zachowanie się warg macicznych, ich grubość i wzajemny stosunek długości, wręby i naddarcia, ich głębokość i ilość, długość części pochwowej (bez zagniatania sklepienia palcem), po której stronie dłuższa, kształt (stożkowaty, walcowaty, ryjkowaty lub też szersza od dołu niż od góry), powierzchnię (gładka, równa lub guzkowata), jej zbitość i grubość. Należy przytem pamiętać, że część pochwową, badając jednym palcem, czujemy znacznie cieńszą, niż jest w rzeczywistości. Posuwając się palcem, jak można najwyżej, po części pochwowej, badamy, o ile z każdej strony da się wybadać część nadpochwowa macicy i w której stronie najwyraźniej, oraz oznaczamy grubość tej części. Tem samem wchodzimy już w badanie sklepień. To pole badania dzielimy na cztery części, mianowicie: na sklepienie przodkowe, tylne oraz dwa boczne i uwzględniamy ustawienie tych sklepień bezwzględnie i względnie do siebie, to jest przodkowego do tylnego, i prawego do lewego, ich szerokość czyli obszerność i stopień wysklepienia. Mówimy zatem o sklepieniu: wysoko ustawionem lub wyciągniętem w górę, albo o płaskiem lub obwisłym ku dołowi,

szerokiem lub ciasnem. Przytem badamy ich podatność, grubość, stopień dotkliwości, stan błony śluzowej i zwracamy uwagę na wyrażne tętnienie naczyń, jeżeli się daje wysledzić. W prawidłowych warunkach, badanie sklepienia tylnego jest trudniejszym, tak, że, najgłębiej palec wsunawszy, zaledwie można dosięgnąć do przejścia szyi macicznej w ciało macicy, a w sklepieniu przodkowym mało co dalej. Innych narządów małej miednicy, prócz dolnej części macicy, tem badaniem wysledzić nie możemy, jeżeli nie leżą nieprawidłowo.

Z narządów sąsiednich można w wyjątkowych przypadkach wysledzić w sklepieniu przodkowym patologicznie zmienioną, zgrubiałą, mało podatną ścianę pęcherza moczowego lub zgrubiałe twardsze końce pęcherzowe moczowodów, które niekiedy od ich końców pęcherzowych można śledzić jako twarde postronki aż do podstawy więzów szerokich w długości 6—7 cm. (Sänger<sup>1)</sup> i Skutsch<sup>2)</sup>). Bardzo często poza tylną ścianą pochwy lub ponad sklepieniem tylnem wyczuwamy kiełbasowaty obrzęk lub pojedyncze obrzęki bryłkowate, pochodzące od kału zawartego w odbytnicy, które mniej wprawni, szczególnie w sklepieniu tylnem, uważają za patologiczne obrzęki, tem bardziej, że silniejsze uciskanie bywa często dotkliwem. Od błędu chroni łatwość rozgniatania ich palcem.

Przy obrzękach, wyczuwalnych przez sklepienia, oznaczamy ich położenie, wielkość od pochwy wybadaną, zbitość, powierzchnię, stosunek do macicy, czy szyja jej bezpośrednio przechodzi w obrzęk, wreszcie czy obrzęk daje się podnieść w górę lub jest nieruchomym.

#### **Badanie oburęczne** (*Bimanuelle-Combinirte Untersuchung*).

W czasie badania samym palcem, druga ręka wolna spoczywa całkiem lekko na dolnej części brzucha nie wywierając żadnego ucisku, aby niezmienić naturalnego położenia narządów. Po ukończeniu jednak badania samym palcem lub dwoma palcami nadchodzi kolej na wspólne działanie i ręki na brzuchu umieszczonej, mające na celu przysunięcie od zewnątrz palcowi w pochwie będącemu, o ile można wszystkich narządów małej miednicy i ujęcie każdego z nich pomiędzy palce obu rąk.

Jakkolwiek każda metoda badania posiada właściwości niczem niedające się zastąpić, to przecież badanie oburęczne musimy uważać za najważniejsze, a wykształceniu jego zawdzięcza ginekologia naj-

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XXVIII. — <sup>2)</sup> *Volkmanu Samml. klin. Vorträge. Neue Folge*, Nr. 48.

większe zdobycze. W sprzyjających warunkach badaniem tem jesteśmy w możności wykazać położenie, wielkość, zbitość, dotkliwość i właściwości powierzchni narządów małej miednicy, t. j. macicy, trąbek, więzadeł, jajników i zachowanie się tkanki łącznej, a w przypadkach obrzęków zapalnych lub nowotworowych, wykazać ich pochodzenie i stosunek do pojedynczych narządów.

Ponieważ ręka zewnętrzna ma w tem badaniu daleko większą pracę do wykonania, bardzo się zatem zaleca używanie palca lewej ręki do badania, a działanie ręką prawą od powłok brzusznych. Jeżeli badamy chorą siedząc, to łokieć lewej ręki może znaleźć skuteczną pomoc i podporę w naszym lewym kolanie.

Początkując błędzą w badaniu oburęcznem tem, że ucisk ręką zewnętrzną wywierają za nisko, t. j. tuż nad spojeniem kości łonowych, przez co już z góry omijają części wyżej i więcej ku tyłowi ułożone. Najlepiej zatem zagniatanie powłok rozpocząć wysoko, t. j. poniżej pępka i schodzić ku dołowi do linii łączącej kolce kości biodrowych, t. j. do miejsca, w którym najłatwiej można wyczuć pomiędzy obiema rękami macicę, a z boków na tej linii jajniki. Jeżeli ręką zbliża się do dna macicy, pocujemy palcem podpierającym część pochwową, ruch jej udzielony i w ten sposób dno łatwo wyszukamy. Ujawszy macicę pomiędzy palce obu rąk, oceniamy jej wielkość (którą z powodu grubości powłok brzusznych łatwo przecenić można), grubość jej ciała, twardość, położenie, kształt oraz ruchomość. Jeżeli ciało macicy pochylone na przód, to ręka zewnętrzna trafia na jej tylną ścianę, a ścianę przodkową czuje palec wewnętrzny przez przodkowe sklepienie. To pochylenie możemy usunąć, jeżeli ciało podniesiemy palcem od wewnątrz, a równocześnie zaciśniemy palec zewnętrznej ręki pomiędzy dno a spojenie kości łonowych. Sposobu tego zawsze używamy, gdy z powodu bardzo znacznego nachylenia macicy (*Anteversio*) trudno dostać się palcem do części pochwowej i ujścia macicznego.

Badanie części dodatkowych macicy można wykonać z wszelką ściśłością, jeżeli sklepienie i ściany brzuszne są podatne. Jeżeli palcem od pochwy posuwamy się wzdłuż krawędzi macicy, zagniatając ku górze sklepienie, a równocześnie ręką zewnętrzną spychamy ku dołowi róg macicy, to możemy wybadać pasemko, w którym, jeżeli je przesuwamy pomiędzy palcami, wyczuwamy ciało postrońkowate od rogu macicy odchodzące, mianowicie: wiąz jajnikowy, trąbkę i okrągłe więzadło macicy. Jeżeli palcem wewnętrznym opuś-

cimy krawędź macicy i posuwamy go w górę mniej więcej w środku pomiędzy nią a ścianą miednicy, a równocześnie ręką zewnętrzną uciskamy lekko w okolicy wewnętrznego brzegu mięśnia *ileopsoas*, tam, gdzie on przykrywa wehód miednicy, to znajdziemy tuż przy wewnętrznym brzegu tego mięśnia lub pod nim jajnik cechującego kształtu, który łatwo wymyka się z pomiędzy rąk ku przodowi lub ku tyłowi. Wybadanie mięśnia *ileopsoas* znacznie sobie ułatwiamy, polecając chorej przysunięcie uda ku brzuchowi. Jajnik lewy, więcej ku przodowi położony, bywa łatwiejszym do wybadania niż prawy. Najdokładniej możemy jajniki badać, jeżeli każdy z nich badamy palcem równoimiennej ręki. Zgrubienia sklepień przez nacieki zapalne, rozległość tych nacieków i granice oznaczamy ujmując je pomiędzy palce obu rąk i oceniając w ten sposób grubość dzielącej je warstwy.

W przypadkach obrzęków umieszczonych w małej miednicy, lub też sięgających pewnym odcinkiem w jej jamę jest głównym celem badania oburęcznego, po stwierdzeniu zbitości i powierzchni obrzęków, wykazanie połączenia z narządami małej miednicy czyli miejsca ich pochodzenia. Uskuteczniamy to w ten sposób, że palcami obu rąk staramy się obejść jak największy obwód obrzęku, a następnie, pociągając, ile się da, obrzek ku górze, badamy, czy nie napina się jakie połączenie w postaci szypułki. Dla obrzęków pochodzących od macicy lub ściśle z nią połączonych, cechującym jest, jeżeli ruch udzielony im od zewnątrz lub wewnątrz udziela się też i części pochwowej. Najtrudniejszymi do badania są obrzęki większe, tak umieszczone w małej miednicy, że zaklinowują się z powodu swej wielkości, narządy zaś sąsiednie uciskają i unieruchamiają. Wówczas może się wydawać połączenie obrzęku z macicą bardzo ściśłem, chociaż może być tylko przyleganie. Staramy się wtenczas wy badać, czy pomiędzy macicą a obrzek nie da się zacisnąć palec, i czy szyja maciczna przechodzi w obrzek i w jaki sposób? Że obrzek nie jest macicą, przekonamy się, jeżeli przy badaniu uda nam się odosobnić ją, to znaczy wyczuć jej kontury. W przypadkach trudnych, radzi H e g a r, pociąganie za macicę kleszczykami, któremi ujmujemy wargę przodkową, aby się przekonać, czy się przesuwają po obrzoku, czy się też razem z nim poruszają. Również zaleca się badanie w ułożeniu zmienionem.

Wielkie obrzęki umieszczone w jamie brzusznej bywają niekiedy tak przycisnięte do wchodu miednicy, że trudno je odsunąć. Jeżeli zaciśnięcie palców pomiędzy obrzęk a spojenie kości łonowych jest niemożliwe, to może pomocnik obu rękami, ile można, podnosić obrzęk ku górze lub naprzemian podnosić i obniżać, aby ręce badającego mogły napinające się i wolniejące połączenia wysledzić (Schultze). Freund zalecał już przed Trendelenburgiem takie obniżenie tułowia, aby obrzęk opadał ku przeponie.

Warunki utrudniające lub uniemożliwiające badanie przez pochwę, są: istnienie błony dziewiczej takiego kształtu, że palca wskazującego nie przepuszcza. Wówczas możemy spróbować badania palcem małym, a gdy ono do celu nie prowadzi, to, w bardzo ważnych przypadkach poleca się rozcięcie błony dziewiczej lub nacięcia jej brzegów. Następnie utrudniają badanie bardzo znaczna bolesność, jakoteż wrodzona wąskość i krótkość pochwy, zwężenia częściowe i zarosnięcia nabyte, a zupełnie uniemożliwiają badanie brak pochwy. Także i choroby miednicy, mianowicie zaciśnienie jej z powodu rozmiękczenia kości (*Osteomalacia*) i guzy wypełniające całą małą miednicę, mogą w wysokim stopniu badanie utrudniać.

**Badanie wziernikiem.** Do oglądania ścian pochwy i części pochwowej macicy oraz dolnej części szyi posługujemy się przyrządami zwanymi w z i e r n i k a m i (*Specula*).

Od dobrego wziernika wymagamy, aby dostatecznie ściany pochwy odsłaniał i aby części odsłonięte dostatecznie były oświetlone. Znaczna ilość wzierników używanych da się podzielić na 3 rodzaje: 1<sup>o</sup> W z i e r n i k i r u r k o w e, 2<sup>o</sup> l i s t k o w e, 3<sup>o</sup> ł y ż k o w e lub r y n i e n k o w e.

W z i e r n i k i r u r k o w e, najpowszechniej do badania używane, bywają sporządzane: ze szkła mlecznego według Mayera, ze zbitego sprężnika według C. Brauna, ze szkła powleczonego amalgamem zwierciadłowym, a zewnątrz pokrytego ceratą (Fergusson) (Fig. 2 a) lub z celluloidu zewnątrz czarnego, a wewnątrz białego.

Dobry wziernik powinien być równym, to znaczy ściany jego nie powinny tworzyć ściętego stożka lecz walek (cylinder), na jednym końcu ścięty pod 45<sup>o</sup>, na drugim zaś opatrzony lejkowatym brzegiem oznaczającym granicę wsunięcia, a służącym do wpuszczenia większej ilości światła, wygodniejszego trzymania i przeszkodzenia wsuwaniu się warg i włosów przed otwór wziernika. Średnica wziernika po-



winna być zastosowaną do objętości pochwy, potrzeba zatem posiadać wzierniki rozmaitej średnicy od 2—4 $\frac{1}{2}$  cm.

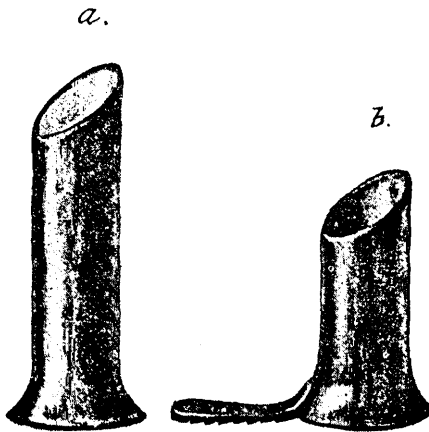


Fig. 2. a) Wziernik Fergussona. — b) Wziernik Bandla.

Żaden z wzierników nie łączy w sobie wszystkich zalet. Wzierniki Mayera dają dobre światło i są tanie lecz łatwo się tłuką; Brauna wymagają bardzo dobrego światła, lecz się nie tłuką i są doskonałe do użycia w nich nie tylko wszystkich środków żrących lecz i termokauteru; wzierniki Fergussona dają najlepsze światło lecz są bardzo drogie, łatwo się tłuką i niszczą, a prócz tego posiadają tę wadę, że badane części okazują w nich zabarwienie bledsze niż posiadają, oraz punkty i linie jaśniejsze (linie kaustyczne), pochodzące z interferencji krzyżujących się promieni światła.

Wzierniki rurkowe dobre są do częściowego badania ścian pochwy i części pochwowej macicy oraz do wykonywania najzwyczajszych zabiegów leczniczych, jak: pędzelkowania, przyżegania i zakładania tamponów. Mają one jednak tę niedogodność, że podnoszą macicę ku górze i zwiększają jej kąt załamania lub też brzegiem uciskają przewód szyi.

Aby je uczynić przydatnymi i do innych zabiegów leczniczych podał B a n d l wziernik ze zbitego sprężnika (Fig. 2 b) tylko 7 5 cm. długi, w który część pochwową wstawia się albo za pomocą haczyka albo kleszczyków, którymi wargę przedkową ujmujemy lub w krótki ten wziernik wkłada się długi, a po włożeniu wysuwa się ten ostatni, tak, że część pochwowa powraca w otwór krótszego wziernika czyli staje o wiele bliżej niż w wzierniku długim, przez co sondowanie

macycy i stosowanie środków na błonę śluzową szyi i ciała bywa znacznie ułatwionem.

W celu wsunięcia wziernika układamy chorą albo z podwyższonymi krzyżami lub w ułożeniu ukośnem. Wziernik dobrze pomazany wazeliną, ujmujemy w dłoń tak, aby wyprostowany palec wskazujący leżał na jego przodkowej ścianie, a palec wielki i średni obejmowały lejkowate rozszerzenie, następnie drugą ręką odchylamy jak najdokładniej wargi wielkie i małe i wsuwamy pomiędzy nie w wejście pochwowe dziób wziernika znacznie otworem zewnętrznym nachylnego ku dołowi, poczem uciskamy nim tylne wędziółko warg, podnosząc równocześnie otwór zewnętrzny wziernika dopóty, dopóki górny odcinek otworu jego nie minie ujścia i opuszki cewki moczowej. Przygniatanie tej ostatniej brzegiem wziernika i uwięzienie wargi mniejszej bywa bolesnem, niekiedy w bardzo znacznem stopniu i zraża chore do badania i leczenia. Zalecają także, dla ominięcia już z góry części dotkliwych, wsunięcie wziernika dłuższą ścianą do góry, tak, aby dziób jego wszedł naprzód w przodkową część wejścia pochwowego, poczem półobrotowo znowu do właściwego powraca położenia. Sposób jednak ten żadnej nie przedstawia korzyści.

Po minięciu wejścia pochwowego widzimy we wzierniku błonę śluzową obu ścian pochwy przedzieloną poprzeczną szparą. Dalsze posuwanie wziernika powinno się tak odbywać, aby ta poprzeczna szpara zawsze znajdowała się w środku otworu, gdyż w ten sposób najlepiej obie ściany pochwy obejrzymy, a zarazem najpewniej trafimy na część pochwową, która wreszcie wypełni przodkowy otwór wziernika. Gdzie jej szukać, powinniśmy już naprzód wiedzieć z poprzedniego badania palcem. Powinna ona wstawić się we wziernik tak, aby obie jej wargi w jednakiej rozległości były widoczne, co w razach prawidłowego ułożenia macycy zwykle ma miejsce. Jeżeli jednak we wziernik wstawia się tylko przodkowa ściana szyi macicznej, co bywa w przypadkach nachyleucia macycy (*Anteversio*), to w celu obejrzenia ujścia i warg, albo przed założeniem wziernika w sposób poprzednio opisany (str. 19) podnosimy ciało macycy albo też we wzierniku wprowadzamy część pochwową w otwór za pomocą haczyka, którym pociągamy wargę przodkową. Jeżeli znowu w przypadku odchylenia lub odgięcia macycy (*Retroversio, retroflexio*), wsuwamy wziernik w kierunku zwykłym, to omijamy część pochwową, a we wzierniku ciągle będziemy mieli błonę śluzową tylnego sklepienia. Potrzeba

zatem wziernik cofnąć i wsuwać go ze znacznym nachyleniem końca zewnętrznego.

Czasem pochwa bywa tak szeroka, a ściany jej tak obwisłe, że część pochwową zakrywa gruby fałd błony śluzowej tylnej ściany, który należy zgłębnikiem zepchnąć poza brzeg wziernika.

Część pochwowa macicy bywa albo tak gruba, że nie mieści się w otworze wziernika lub wypełnia go całkowicie lub wreszcie sterczy w nim jako kształtny stożek, w którymto przypadku wydaje się dłuższą niż jest rzeczywiście, a to z powodu wtłoczenia wziernika w sklepienia. To wtłoczenie bywa często przyczyną lekkiego wywinięcia się warg macicznych przez co widoczną się staje błona śluzowa szyi jako żywo zaczerwieniony pasek otaczający ujście, który mniej wprawni łatwo biorą za nadżerkę (*Erosio*). Lekkie cofnięcie wziernika, wystarcza wówczas do przylegania warg i uniknięcia błędu.

Jeżeli dokładnemu obejrzeniu części pochwowej przeszkadza śluz, który (o czem pamiętać należy) z całych ścian pochwy brzegami wziernika ku górze zgarniamy, to należy go usunąć pęczkiem waty odtłuszczonej (Brunsa), ujętym w długie kleszczyki. Bardzo gęsty, trudno się oddzielający śluz, najłatwiej usunąć pęczkiem waty, zmaczanym w roztworze zgęszczonym dwuwęglanu sodowego. Podobnie oczyszczamy ze śluzu szyję maciczną, jeżeli ujście rozwarte czyni ją dostępną. W tych też przypadkach w miarę tego, w jakim stopniu ujście maciczne jest rozwarte, możemy obejrzeć i błonę śluzową dolnej części szyi. W przypadkach, gdy ujście jest szerokie a wargi ściśle do siebie przylegają, możemy obejrzeć błonę śluzową przez odchylenie warg za pomocą dwóch haczyków wbitych w wargę przedkową i tylną. W znacznym stopniu uwidocznia się błona śluzowa szyi w przypadkach całkowitego wywinięcia się warg (*Ectropium*), powstałego po przedarciu w czasie porodu ścian szyi.

Wzierniki listkowe czyli składowe bywają zawsze sporządzane z metalu z powłoką niklową. Posiadają one 2 lub 3 listki, które wprowadzamy złożone w pochwę, a następnie dopiero za pomocą rękojeści, służących jako dźwignie lub też za pomocą śrubek oddalamy je od siebie w pochwie. W ten sposób przedkowa część wziernika staje się najszerszą i sprawia to, że wzierniki te trzymają się same i nie podnoszą macicy tak, jak rurkowe.

Z pośród znacznej ilości takich wzierników, najwięcej jeszcze używane bywają: wziernik dwulistny Cusco (Fig. 3 a) i trójlistny Meadowsa (Fig. 3 b) oraz Nutta i Bozema. Ten ostatni służy wyłącznie do operacji przetok. Pole badania byłoby w tych wziernikach

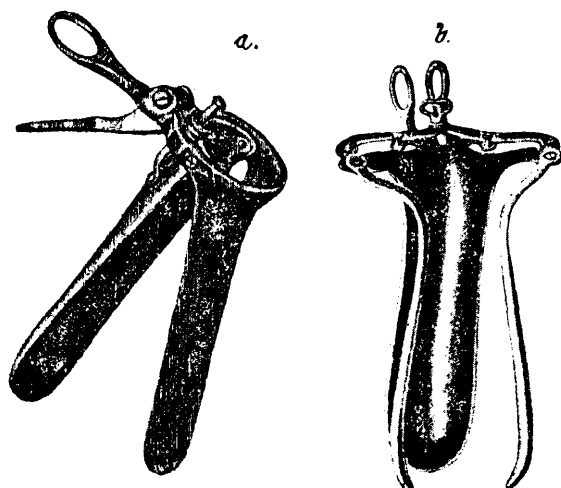


Fig. 3. a) Wziernik Cusco. — b) Wziernik Meadowsa.

o wiele większem niż w rurkowych, gdyby go nie zmniejszały fałdy pochwy wtlaczające się pomiędzy listki i to często w takim stopniu, że całkowicie część pochwową zasłaniają. Często pochodzi to także ze zbyt wczesnego rozwierania wziernika zanim osiągniemy nim części pochwowej. Niektóre zabiegi, jak n. p. wsunięcie zgłębnika do macicy, środków rozszerzających szyję, rozcięcia warg, wstrzykiwania do jamy macicy dadzą się łatwiej w tych wziernikach wykonać, lecz nie chronią one dostatecznie ścian pochwy od działania środków żrących i wymagają bardzo dobrego oświetlenia, a w pochwie zbyt wąskiej nie dadzą się dostatecznie rozłożyć. W czasie wyjmowania ich należy uważać, aby nie zacisnąć ścian pochwy listkami lub nie ująć włosów sromu.

Wzierniki łyżkowe powstały na wzór wziernika Simsa, który pierwszy używał rodzaju łyżek na jednej rękojeści umieszczonych. Były one pierwotnie używane w ułożeniu chorej na boku lub w ułożeniu brzuszkiem (kolanowo łokciowym), gdyż tu wystarczało odchylenie jedną łyżką tylnej ściany pochwy, aby powietrze całą po-

chwę odsłoniło. Obecnie używamy wziernika Simsa, zmienionego przez Simona (Fig. 4 c), we wszystkich ułożeniach chorej i do wszystkich prawie operacyi na ścianach pochwy i na macicy przez pochwę wykonywanych, przyczem odsłaniamy jak najwięcej pola operacyjnego, odchylając łyżką ile można tylną ścianę pochwy, a ścianę przodkową, zasłaniającą pole widzenia, podnosimy łyżką rynienkowatą (Fig. 4 b). Najczęściej wystarcza to do uczynienia dostępną całej górnej części pochwy, a tylko w przypadkach bardzo szerokiej pochwy bywają jeszcze potrzebne dźwignie boczne Simona (Fig. 4 a).

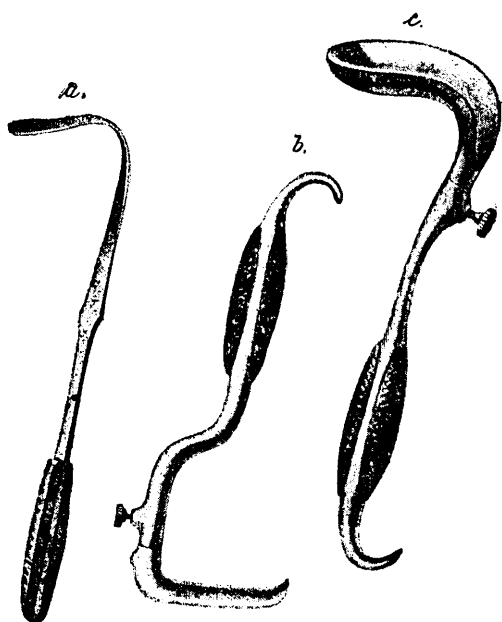


Fig. 4. a) Boczna dźwignia Simona; b) Łyżka rynienkowata Simona; c) Łyżka Simona.

Stósownie do szerokości pochwy bywają i łyżki zwykłe w trzech wielkościach. Użycie tych wzierników wymaga pomocy jednej lub dwu osób, a wszelkie pomysły, mające na celu użycie ich bez pomocy, wytworzyły tylko ciężkie maszyny, prawie zupełnie zarzucone.

Na wzór łyżek Simona podał L. Neugebauer swój wziernik (Fig. 5), składający się z 2-ch łyżek na ścianę tylną i przodkową pochwy, które się osobno wsuwa naprzód tylną, a potem przed-

kową, wchodzącą pomiędzy jej krawędzie, tak, że wziernik ten dowolnie rozszerza górną część pochwy i sam się w niej trzyma. Jest on zatem narzędziem bardzo wygodnym do wszystkich mniejszych rękoczynów, a złożony, łyżka w łyżkę, mało zajmuje miejsca.

**Badanie zgłębnikiem czyli sondą maciczną.** W zwykłych warunkach szyja i jama macicy nie są dostępne badaniu palcem, a w przypadkach gdy ujście zewnętrzne przepuszcza palec, możemy nim co najwięcej dolną część szyi wy badać, całą zaś szyję i jamę macicy dopiero po sztucznem jej rozszerzeniu. Bez tego zaś używamy sondy macicznej, którą podał pierwszy Simpson, a za nim Huguier i Kiwisch.

Sonda Simpsona jest to pręt z niegiętkiego metalu mający około 30 cm. długości, a 2—3 mm. grubości, posiadający na końcu zgrubienie gałeczkowate, a na 7 cm. od niego drugie zgrubienie czyli garbek, oznaczający prawidłową długość jamy macicy i szyi. Ten kawałek sondy okazuje zgięcie, odpowiadające kierunkowi jamy macicy.

Sondy tego rodzaju obecnie zupełnie zarzucono, a w powszechnem użyciu jest sonda Simsa (Fig. 6), sporządzona z metalu łatwo giętkiego, z czystej miedzi wypalanej lub z czystego srebra, nieposiadająca żadnych zgrubień tylko czasem lekko naznaczone odstępy w centymetrach i znak na rękojeści w celu orientowania się ku której stronie zwrócona jej wklęsłość. Sonda ta przedstawia tę wielką korzyść, że nadać jej możemy krzywiznę, jaka w danym przypadku jest konieczną.

Pierwotnie bardzo wiele obiecywano sobie po sondzie i każde badanie, w którym jej nie użyto, uważano za niedostateczne. Dziś, wobec bardzo wydoskonalonego badania oburęcznego, użycie sondy zostało bardzo ograniczone i chociaż często oddaje niezaprzeczone usługi, to jednak możemy śmiało o niej powiedzieć, że daleko więcej wyrządzano nią szkody, niż osiągnięto korzyści.

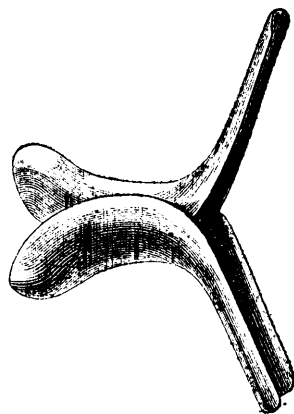


Fig. 5. Wziernik L. Neugebauera.



Fig. 6.

Użyciem sondy do badania możemy wykazać:

Długość całej jamy macicy, jakoteż osobno przewodu szyi macicznej i jamy ciała macicy. Długość szyi oznaczamy długością tego kawałka, jaki wchodzi w szyję zanim natrafi na opór, pochodzący od najwęższego miejsca przewodu w okolicy ujścia wewnętrznego. Jeżeli tę długość odejmiemy potem od całej długości, to otrzymamy długość jamy ciała macicy. Gdzie ujście wewnętrzne jest tak szerokie, że sonda bez oporu przechodzi, tam osobne mierzenie jest niemożliwym. Dokładne badanie oburęczne dozwala nam wyrobić sobie w największej części przypadków dobre pojęcie o wielkości macicy nawet bez użycia sondy. Sonda zaś jest narzędziem bardzo pożytecznym w celu kontrolowania wyników leczenia, następnie, jeżeli powłoki brzuszne zbyt są grube lub ściany macicy tak wiotkie, że ciała badaniem oburęcznym wyczuć nie można lub gdy nam zależy na dokładnym wymiarze długości, szczególnie w przypadkach przerostów szyi macicy prawidłowo ułożonej lub też wypadniętej. W małej jamie macicy, o ścianach niepodatnych, sonda wsunięta okazuje małą ruchomość, gdy w przypadkach ścian wiotkich i powiększonej jamy daje się swobodnie na boki poruszać.

Grubość ścian macicy oceniamy w ten sposób, że badamy przez powłoki brzuszne jaka warstwa dzieli wyczuwalną gałkę sondy od ręki badającej. Mówimy wówczas, że dno macicy jest bardzo cienkie, gdy gałkę czujemy jakby bezpośrednio pod powłokami. Podobnie możemy się przekonać o grubości ściany tylnej i ścian szyi, badając równocześnie palcem od odbytnicy. Badanie to bywa czasem ważnym w rozstrzygnięciu czy przodkowa czy tylna ściana macicy zajęta jest nowotworem, mianowicie włóknakiem.

Położenie macicy wykazuje sonda, gdy się ono nie da wykazać badaniem oburęcznym skutkiem warunków utrudniających badanie lub nowotworów, a gdy na tem zależy, aby się przekonać czy macica leży przed obrzękiem czy za nim, czy macica razem z obrzękiem się porusza lub czy obrzęk wyczuwalny jest macicą powiększoną, jeżeli ciężko stanowczo możemy wykluczyć.

Ruchomość macicy, mianowicie odgiętej (*Retroflexio*), celem przekonania się czy ciało jej z zatoki Douglasa da się odprzewodzić ku przodowi.

Stopień zwężenia ujścia zewnętrznego, mianowicie czy gałka sondy przechodzi przez nie i jak wielka gałka oraz stopień zwężenia szyi i ujścia wewnętrznego.

Nierówności błony śluzowej szyi i jamy macicy, jakoteż zmieniony kierunek oraz załamania przewodu i t. d.

Możemy dalej wykazać sondą, że macica jest próżną. Wyniki badania w tym względzie zwykle bywają niepewne, gdyż albo zwykła przeszkoda w ujściu wewnętrznem lub fałd błony śluzowej, powstały z załamania a tamujący posuwanie się sondy, może prowadzić do fałszywych wniosków, że jama macicy nie jest próżną lub też może sonda wejść w treść miękką łatwo i bez oporu albo wobec cięży posuwać się bez przeszkody pomiędzy jajem płodowem a ścianą macicy, nie dając zaś żadnych wyników, wyrządzić wielką szkodę. Dlatego też tylko wielka wprawa w badaniu, dająca możność rozróżnienia pewnych właściwości natrafianego oporu, bywa tu rozstrzygająca.

Badanie sondą wykazuje czy błona śluzowa jamy macicy jest bolesną i w jakim stopniu. Bywa to ważną wskazówką rozpoznawczą co do istnienia nieżyty błony śluzowej. W zwykłych warunkach sonda o stosownem nagięciu i kierunku mija ujście wewnętrzne z małym oporem i małym bólem, gdy w przypadkach nieżyty błony śluzowej jamy macicy, bolesność bywa niekiedy bardzo znaczną, tak podczas mijania ujścia zewnętrznego, jakoteż i podczas dotykania dna sondą.

W celach leczniczych używa się niekiedy sondy, jako bodźca drażniącego macicę celem sprowadzenia miesiączkowania, gdy go brak (*Amenorrhoea*), zwykle jednak bez skutku, jakoteż jako narzędzia służącego do podniesienia odgiętej macicy (*Retroflexio*), w ostatnich zaś latach rozpowszechniło się użycie stósownie przyrządzonych sond jako elektrod działających od jamy macicy.

Szkodliwe skutki nieostrożnego i niewprawnego sondowania bywają bardzo liczne.

Sondą można wywołać poronienie w przypadkach, gdy przeoczono istnienie ciąży.

Przedziurawienie macicy, zwłaszcza gdy nieogłędnie sondując przezwyciężamy opór w okolicy ujścia wewnętrznego lub gdy obniżamy trzonek sondy, niewiedząc o tem, że ciało macicy jest odgiętem. Dno macicy można przebić, gdy ściany doznały zmian, mianowicie skutkiem popołogowego stłuszczenia albo też zwyrodnienia rakowego lub mięsakowego.

O bardzo znacznych różnicach odporności ścian można się przekonać, próbując przedziurawić je na zwłokach. Przekonamy się wówczas, że do przebicia



niektórych macie potrzeba użyć znacznej siły, podczas gdy inne, nadziane na sondę, przebijają się prawie własnym ciężarem.

Wydarza się też, że pomimo oględnego i umiejętnego sondowania, sonda bez żadnego oporu daje się wsuwać bez końca, tak daleko, że gałeczkę jej, w okolicy pępka, prawie bezpośrednio przez powłoki wyczuwamy. Gdy przypadki takie, z których jeden przypominam sobie z kliniki Profesora Madurowicza, przebiegają bez wszelkiego późniejszego oddziaływania, przypuszczano, że wówczas sonda zawsze dostawała się, przez rozwarłe ujście trąbkowe, do jednej z trąbek. W większej jednak liczbie przypadków, nawet całkiem gładko przebiegających, wydarza się rzeczywiście przebicie ściany macicy, gdyż ślady dawnych przebić znajdowano na zwłokach.

Skaleczenie błony śluzowej lub mięszu macicy przypuszczamy, gdy po sondowaniu następuje krwawienie. W parze z tem idzie możebność zakażenia sprawionej ranki nieczystą sondą i stany zapalne o nasileniu nigdy przewidzieć się niedającym.

Znaczne pogorszenie przeoczonych spraw zapalnych świeższych i zaostrzenie ich przebiegu.

W końcu sondowanie bez przestrzegania ścisłych przepisów postępowania przeciwnilnego bywa o wiele częstszą przyczyną chorób macicy, trąbek, jajników i otoczenia ich niżby to można przypuszczać.

Wsuniecie sondy odbywa się albo tylko po palcu, którego koniec dotyka ujścia lub we wzorniku lub też używamy wzornika tylko do wsunięcia sondy w szyję, poczem go po sondzie wyjmujemy. Poprzednio już wspomniano, że sondzie powinno się nadać zakrzywienie stósowne do kierunku przewodu jamy macicy. W warunkach zatem prawidłowych końcowa jej część, mniej więcej na 7 cm., powinna być lekko zgięta, a po wsunięciu jej tak daleko aż natrafi na opór od ujścia wewnętrznego, powinno się trzonek jej znacznie obniżyć, do czego koniecznem jest dostateczne podwyższenie krzyżów badanej przez podłożenie dość wysokiej poduszki. Wówczas sonda z łatwością opór omija i wchodzi w jamę macicy, dopóki nie natrafi na drugi opór w jej dnie.

Wyjmując zaś sondę wsuwamy palec aż do ujścia zewnętrznego macicy i trzymamy go na sondzie, aby naznaczyć nim długość części wsuniętej w macicę i ewentualnie długość tę odmierzyć. W przypadkach odgięcia macicy (*Retroflexio*), wsuwamy sondę wkle-

słością ku tyłowi i trzonek jej podnosimy zamiast go obniżać. Trudniejsze sondowanie, n. p. w przypadkach nieprawidłowego nagięcia lub nachylenia macicy (*Anteflexio, anteversio*), znacznie bywa ułatwionem, jeżeli, we wzorniku Neugebauera przez pociąganie haczykiem lub kleszczykami za wargę przodkową, wyrównamy załamaniem przewodu lub zmienimy kierunek położenia całej macicy. Wprowadzenie sondy w zwykłym wzorniku rurkowym czasem bywa utrudnione przez uciskanie brzegu wzornika na przodkową ścianę szyi. We wzorniku Bandla wprowadzenie sondy za użyciem haczyka dobrze się udaje.

#### **Rozszerzenie szyi macicznej w celu badania i leczenia.**

W celu wybadania palcem jamy szyi i ciała macicy lub w celu zabiegów leczniczych w samej jamie macicy, musimy szyję jej do stosownej objętości rozszerzyć. Z góry już uprzedzić musimy, że takie rozszerzenie szyi, aby palcem wskazującym jamę macicy z łatwością wy badać można, jest do osiągnięcia bardzo trudnem a wskazania do takiego rozszerzenia bywają rzadkiemi. Ograniczamy się też zwykle tylko do takiego rozszerzenia, które pozwala z jednej strony łatwego wprowadzenia narzędzi, a z drugiej rychłego odpływu płynom w jamę macicy wstrzykniętym.

Rozszerzenie szyi macicznej osiągnąć można w sposób trojaki: 1<sup>o</sup> przez wprowadzenie w nią środków wężących, 2<sup>o</sup> zapomocą rozszerzadeł (*Dilatatoria*), 3<sup>o</sup> przez rozcięcie ścian szyi.

1<sup>o</sup> Środki wężące (*Quellmeisseln*). Najdawniejszym, gdyż od roku 1844 przez Simpsona używanym jest gąbka prasowana, którą przyrządzają aseptycznie w postaci stożków, długości 6—6·5 cm., tak, aby wsunięte w szyję, sterczały końcem w jamę macicy. Istnieje cała skala grubości od 5—10—15 mm. Ze wszystkich środków wężących, gąbka prasowana wężuje najszybciej i najwięcej rozszerza szyję, gdyż mieć ją można w dowolnej grubości. Szybkie wężenie ma i tę korzyść, że po wsunięciu jej w szyję, można po krótkim czasie, bo już po paru minutach, pozostawić ją bez utwierdzania tamponem, gdyż sama się trzyma. Wężąc wciska się ona we wszystkie nierówności i zagłębienia błony śluzowej szyi, której przyblonek pokrywa ją po wyjęciu (H a u s m a n n), rozgniata pęcherzyki i ukleje śluzowe szyi, sprawia bardzo znaczne rozpulchnienie utkania, a tem samem czyni przewód łatwiej dostępnym. Ujemne strony, jakie gąbka posiada, znacznie górują nad jej zaletami i spr-

wiły to, że dziś ze wszystkich środków pęczniących najmniej bywa używaną. W wydzielinach macicy, szyi macicznej i pochwy, któremi gąbka bardzo szybko nasiąka, następuje rozkład gnilny, który łatwo przez wywołane drobne ranki sprawić może miejscowe lub ogólne zakażenie posokowe. Istotnie też znane są przypadki śmierci z posocznicy, zapaleń otrzewny i tkanki łącznej miednicy, a w przypadku Thomasa po użyciu gąbki prasowanej nastąpił tężec (*Tetanus*). Wprawdzie obecnie przez zastosowanie środków dezynfekcyjnych, dokładnego oczyszczenia i odrażania pochwy i szyi macicznej oraz najlepszych ile można aseptycznie preparowanych gąbek angielskich niebezpieczeństwo zakażenia wielce się zmniejszyło, to jednak w innych środkach, łatwiejszych do zupełnego wyjałowienia, posiadamy możliwość dostatecznego rozszerzenia szyi tak, że stosowania gąbki unikamy. Jeżeli jednak zmuszeni jesteśmy do jej użycia, to prócz dokładnego postępowania bezgnilnego i przeciwgnilnego należy przestrzegać, aby gąbka w szyi dłużej nie pozostawała nad 6—12 godzin.

Waleczki blaszkownicy (*Laminaria*) pierwszy polecił Sloan w 1862 roku. Jest to zasuszona łodyga rośliny z rodziny morskoczynowatych (*Fucaceae*) rosnącej na wybrzeżach morza północnego, którą fale w wielkich ilościach wyrzucają na brzegi Helgolandu i Skandynawii. Ususzona łodyga, po oskrobaniu wierzchniej kory, bywa toczoną w waleczki długości do 6 cm. Zamoczone w wodzie, po kilku godzinach, przybierają one pierwotną grubość. Krótko w ukropie namoczone dają się giąć, a oziębione zachowują zagięcie, jakie im nadano.

Jakkolwiek blaszkownicą nie można osiągnąć bardzo znacznego rozszerzenia szyi, gdyż grubość jej rzadko dochodzi 8 mm., to jednak ta okoliczność, że można jej nadać dowolne zagięcie, że się daje zachować ściśle aseptycznie i że posiada dostateczną odporność i stopień pęcznienia czyni ją środkiem najlepszym, brak zaś grubych laseczek starano się zastąpić wsunięciem 2—3 waleczków naraz. Celem powiększenia szybkości pęcznienia przewiercają też blaszkownicę wzdłuż. Cienkie waleczki wymagają do zupełnego napęcznienia 6—12 godzin, a grube do 20. Napęczniałe tracą swą okrągłość i okazują krawędzie. Jeżeli się blaszkownicę przechowuje w 95% alkoholu, lub w eterze z jodoformem, to staje się bezwodną, zatem najszybciej pęczniącą i całkiem aseptyczną.

W a ł e c z k i t u p e l o, zalecone przez S u s s d o r f a 1877 r., pochodzą z korzenia i łodygi rośliny bagiennej (*Nyssa aquatica*), rosnącej w południowej Ameryce. Przez ciśnienie w silnych prasach bywają wyrabiane wałeczki twarde, białe, od najcieńszych aż do grubości palca wskazującego, które posiadają ten sam stopień pęcznienia co blaszkownica. Cienkie pręciki są kruche i nie można im nadać stosownego zagięcia. Grubszych z korzyścią użyć można, jeżeli celem osiągnięcia większego rozszerzenia wsuwa się je w przewód poprzednio blaszkownicą rozszerzony.

K o r z e Ń g o r y c z k i (*Radix gentiannae*), polecony przez W i n c k l a 1867 r., jest najtańszym środkiem posiada jednak za mały stopień pęcznienia.

S p o s ó b u ż y c i a ś r o d k ó w p ę c z n i e j ą c y c h. O bezgnilnem postępowaniu, które powinno poprzedzić użycie tych środków będzie mowa na końcu niniejszego rozdziału.

Najodpowiednijszem położeniem przy stosowaniu środków pęczniących jest ułożenie na równym posłaniu z podłożoną twardą poduszką pod krzyże lub ułożenie ukośne albo też na każdym stołku ginekologicznym.

Wzierniki rurkowe nie nadają się zwykle do wprowadzania środków pęczniących i dlatego najłatwiej je wprowadzać we wzierniku Neugebauera (Fig. 5), a w warunkach szczególnie trudnych w położeniu boczno-brzusznem z użyciem łyżki Simona. Bardzo znacznie ułatwia wsunięcie uchwycenie przodkowej wargi haczykiem lub ostremi kleszczykami, gdyż w ten sposób nietylko ustalamy macicę tak, że się w górę usuwać nie może, lecz przez pociąganie znacznie wyrównujemy kąt załamania przewodu w okolicy ujścia wewnętrznego. Następnie ujmujemy gąbkę, blaszkownicę lub tupelo (które poprzednio dokładnie obejrzeliliśmy, czy nie są uszkodzone) pomazane wazeliną, w długie lecz niezbyt słabe kleszczyki i powoli wsuwamy je w kierunku przewodu tak daleko, aby tylko mały kawałek wystawał z ujścia zewnętrznego, poczem jeżeliśmy użyli blaszkownicy lub tupelo ustalamy je tamponując górną część pochwy gązą jodoformową.

Chora powinna potem leżeć w łóżku aż do wyjęcia środków pęczniących. Jeżeli zaś spotykamy się ze zdaniem, że środków tych można używać u chorych dochodzących do lekarza w jego mieszkaniu, to przyznamy, że w większej części przypadków, udaje się to bez szkody, lecz zarazem dodamy, że widzieliśmy przypadki bardzo ostrych zapaleń powstałych pomimo zachowania przepisów postępowania

beznilnego. Środki te pęczniąc sprawiają w zwykłych warunkach nieznaczne ciągnące bóle w krzyżach, które chore podają jako podobne do porodowych, pochodzące od rozszerzania szyi i kurczowego oddziaływania macicy. Jeżeli tuż po włożeniu środków pęczniących, szczególnie blaszkownicy, lub wkrótce potem wystąpią bóle bardzo silne powinno się je natychmiast usunąć, w przeciwnym bowiem razie bóle ciągle się wzmagają, a blaszkownica w kilka godzin z trudnością wyjęta okazuje silne zasznurowanie od ujścia wewnętrzznego skurczowo zaciśniętego.

Wyjęcie najlepiej skutecznie przy użyciu wziernika i to nie przez pociąganie za nitkę, lecz po wyjęciu gazy jodoformowej, ujawszy silnymi kleszczykami dolną część sterczącą z ujścia należy lekko za nią pociągać. W każdym razie po wyjęciu laseczki, powinniśmy dobrze znowu odrazić 2% roztworem karbolowym jamę i szyję macicy, a następnie dobrze wytrzeć wataż zmaczaną w tym samym roztworze lub w 1% roztworze sublimatu zanim przystąpimy do badania palcem lub założenia grubszej laseczki. Jeżeli potrzeba znaczniejszego rozszerzenia, to po blaszkownicy można z korzyścią założyć grubszą laseczkę tupelo.

Pomiędzy środkami pęczniącymi a rozszerzadłami należy wspomnieć o pośrednim sposobie Vullieta rozszerzania szyi za pomocą wypełniania jej skrawkami gazy jodoformowej, którymto sposobem w kilka dni, powtarzając go codziennie, można powoli rozszerzyć szyję do miernej szerokości a zatem najeczęściej potrzebnej. Sposób ten przedstawia te wielkie korzyści, że nie tylko jest bezgnilnym, lecz najłatwiejszym i niewymagającym leżenia w łóżku, rozszerzanie jednak trwa długo.

2° Rozszerzadła (*Dilatatoria*) dzielimy na pręcikowe czyli zgłębnikowe i kleszczykowe. Rozszerzadła te mają na celu rozszerzenie szyi na jednym posiedzeniu, zatem szybko.

Zgłębnikowe czyli pręcikowe rozszerzadła składają się z całej skali osobnych stósownej długości pręcików (Fig. 7), których średnica wzrasta od 3 mm. aż do 25 mm. w ten sposób, że każdy następujący numer ma średnicę o 1 mm. większą. Pierwszy użył takich rozszerzadeł stalowych Peaslee 1870 roku, a za nim poszedł Fritsch podając zgłębniki, na których utwierdza się nasady stożkowate od 5—15 mm. średnicy, potem Schröder podając rozszerzadła miedziane, a Hegar ze zbitego sprężnika z pła-

skim trzonkiem. Ja używam rozszerzadeł zgłębnikowych, które kazałem sobie sporządzić w Mannheimie z celluloidu, na wzór Hegarowskich. znacznie jednak dłuższe, których średnica wzrasta nie o 1 mm. lecz o 0·5 mm. Mają one tę dogodność, że w gorącej wodzie zamoczone dają się łatwo stósownie zagiąć, a bardzo powolne stopniowanie umożliwia łatwiejsze i mniej bolesne rozszerzenie. Ponieważ zaś rozszerzenie do 8 lub 10 mm. średnicy zupełnie wystarcza, jeżeli niema rzadkiej konieczności wsunięcia palca do jamy macicy, zatem poczynając od 3 mm. posiadam takich rozszerzadeł 15. Znaczniejsze rozszerzenie nad 8—10 mm. średnicy powinno się odbywać w narkozie dla usunięcia bólów i odruchów macicy, jakoteż działania tłoczni brzusznej, gdyż jakkolwiek macię ustalamy haczykiem lub kleszczykami. to w razie znaczniejszego oporu nie powinniśmy go przewyciężać wpychaniem rozszerzadła lecz raczej ujęciem ciała macicy przez powłoki i nadziewaniem go na rozszerzadło. Najstósowniejszym do rozszerzania wziernikiem jest wziernik Neugebauera lub Simona. Celem usunięcia bólu, czasem bardzo dobrze znieczula miejscowo poprzednie pędzelkowanie i kąpanie we wzierniku rurkowym części pochwowej i szyi w 15% roztworze kokainy. Jeżeli zależy nam na jak największem rozszerzeniu szyi. to możemy bardzo korzystnie kombinować środki rozszerzające w ten sposób, że rozpoczynamy od blaszkownicy, następnie przechodzimy do tupelo, a kończymy największymi rozszerzadłami zgłębnikowymi.



Fig. 7.

Rozszerzadła kleszczykowe są to narzędzia stalowe w ten sposób sporządzone, że złożone ich ramiona wsunięte w szyję rozstępują się za uciskiem na rękojęści, a na niektórych podana miara ma wykazywać stopień rozstąpienia ramion. co jednak z powodu ich sprężystości daje tylko pozór dokładności. Jak łatwo się domyślić służą one do szybkiego rozwarcia szyi, celu jednak tego nigdy się nimi nie osiąga. gdyż posiadają tę wspólną wadę, że działają najsilniej tylko na jedno miejsce, a wady tej nie usunął i Ellinger swoim rozszerzadłem. w którym wszystko obmyślano, aby dwa ramiona rozstępowały się równolegle. lecz niestety tylko w teorii. Rozszerzadło Schultze'go tem się różni, że posiada zakrzywienie sto-

sowne do zagięcia macicy i działa nie w poprzecznym wymiarze, lecz w prostym, kaleczy jednak błonę śluzową nie tylko samem rozszerzaniem lecz i karbowanemi powierzchniami, a trójramiennie narzędzie Simsa, bardzo sprytnie rozszerzane za pomocą śrubki, posiada

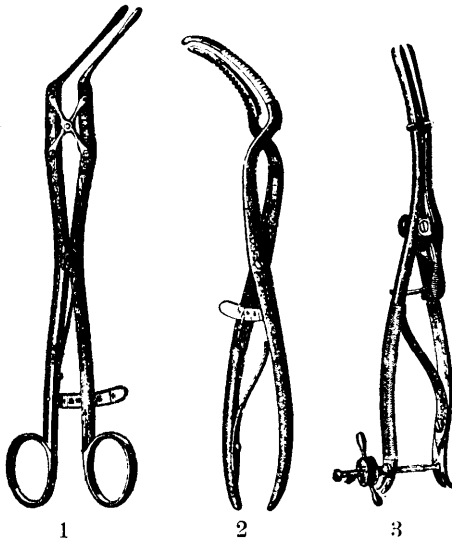


Fig. 8.

1. Rozszerzadło Ellingera. — 2. Rozszerzadło Schultzego. — 3. Rozszerzadło Simsa.

wspólną z innymi wadę, że końce nie przewyciężają oporu szyi macicznej lecz tylko sama część środkowa. Narzędzi tych, coraz więcej uważanych za historyczny zabytek, można z jaką taką korzyścią co najwięcej użyć dla osiągnięcia największego stopnia rozszerzenia, przygotowanego już szerokiemi rozszerzadłami poprzedniemi.

Przeciwwskazania do użycia środków rozszerzających szyję maciczną stanowią świeższe stany zapalne narządów małej miednicy, otrzewny i tkanki łącznej.

3<sup>o</sup> Rozcięcie szyi macicznej, li tylko w celu badania, zalecał Schröder. Po rozcięciu nożyczkami szyi po obu stronach aż do uczipienia się sklepienia, można ją wygodnie palcem wy badać, lecz ani na linię wyżej niż rozcięte części sięgają, zatem palec nawet do ujścia wewnętrznego nie dosięgnie. Schröder rozcięte ściany następnie zeszywał. Jest to cała dużego zachodu wymagająca operacja, która nie stoi w żadnym stosunku do wyników badania i tylko w tych przypadkach może być użyteczną, gdy obrzęk (włókniak lub uklej włóknisty) wypychany z macicy już górną część szyi zupełnie rozszerzył, a dolna część przeszkadza wsunięciu palca i zabiegom leczniczym. Szczegóły o wykonaniu rozcięcia podamy na innym miejscu.

## Badanie przez odbytnicę.

Badanie przez odbytnicę w naszych celach wystarcza tylko dotykiem i tak jak badanie przez pochwę wykonywa się palcem lub palcami jednej ręki i oburęcznie w ten sposób, że druga ręka działa od powłok brzusznych. Badanie to wykonywamy albo w celu uzupełnienia badania przez pochwę lub w celu zastąpienia go gdy niemożliwe z powodu zarośnięcia pochwy lub utrudnione, z powodu niepodatności jej ścian.

Głównymi zaletami tego badania są bliższa droga do tylnej połowy miednicy, a zatem możebność osiągnięcia wyżej niż przez pochwę i cienkość warstwy, przez którą się bada. Z tego powodu można tylną ścianę macicy i obrzęki poza macicą ułożone dokładniej, gdyż w większej przestrzeni, wysledzić, a te ostatnie wydają się przy tem badaniu znacznie większymi niż przy badaniu przez pochwę. Zanim przystąpimy do badania dobrze jest wypróżnić odbytnicę przez obfite wypełnienie jej wodą letnią i następne wypróżnienie, gdyż wówczas kał nie zawadza w badaniu, a badanie nie jest też w takim stopniu przykrem i dla badającego.

Do badania wystarcza palec wskazujący, dobrze wazeliną pomazany, którym powoli przewyciężamy opór zdziergacza rzyci (*Sph. ani*) i wsuwamy haczykowato zgięty ku przodowi w obszerną zatokę czyli najniższą część odbytnicy prózną lub kałem wypełnioną. W zatoce tej, posuwając się po jej ścianie przodkowej, wyczuwamy naprzód duże okrągławe ciało, które dla tej wielkości i pozornej bliskości początkujący łatwo uważają za jakiś obrzęk patologiczny, gdy jest to część pochwową macicy. Dla przekonania się o tem i łatwiejszego orientowania się dobrze jest równocześnie palec wielki tej samej ręki wsunąć w pochwę i trzymać na części pochwowej. Poza częścią pochwową wyżej wybadamy więzy maciczno-krzyżowe (*Ligg. sacro-uterina*), które w postaci postronków z obu stron łukowato odchodząc zbiegają się i łączą ze sobą na tylnej ścianie macicy na granicy jej szyi i ciała. Celem dokładniejszego wybadania wszystkich szczegółów radzi H e g a r (za którym ten ustęp podajemy), aby nie pozostać palcem w tej najniższej części kiszki, lecz wyszukać szczelinę trzeciego zdziergacza rzyci (*Sph. ani tertius*) wsunąć w nią palec i fałdy jej oraz więzy maciczno-krzyżowe zepchnąć haczykowato zagiętym palcem ku dołowi. Szczelinę tę często trudno wynaleźć, leży ona po prawej lub lewej stronie. Jeżeli w odbytnicy



znajduje się słupek kału, to idąc za nim znajdujemy zwężone miejsce, a w przypadkach, w których wyższa część jelita zwiesza się wypukło ku najniższej części znajdujemy otwór na szczycie wypukłości. Po wyszukaniu tego otworu i minięciu go palcem wystarcza lekki ucisk ręką zewnętrzną na powłoki brzuszne, aby tylną ścianę macicy przybliżyć do palca i wy badać całe jej kontury, co gdyby się w zupełności nie udało, to dokładne badanie znacznie ułatwi ściągnięcie macicy kleszczykami ku dołowi. Obejście zupełne macicy palcem jest szczególnie ważne celem wykrycia wad jej utworowych (N o e g e r r a t h - H e g a r). W stanie prawidłowym krzyżowe więzadła maciczne, fałdy *Sph. ani tertii* i więzy szerokie (*Ligg. lata*) bywają tak podatne, że palcem daleko można dosięgnąć ku przodowi, aż w pobliżu kości łonowych, podczas gdy niepodatność wspomnianych więzów stanowi przeszkodę w swobodnem poruszaniu palca. Badaniem oburęcznem łatwiej też wy badać można trąbki maciczne i jajniki niż przez pochwę, tak że nie ujdą uwadze nawet drobne obrzęki tych narządów, a badanie obrzeków wogóle i odosobnienie ich od narządów małej miednicy lub wykazanie ich połączeń, szczególnie przy równoczesnem ściągnięciu macicy, lepsze daje wyniki niż badanie przez pochwę.

W r. 1872 wykazał S i m o n, że przez otwór stołcowy można wsunąć w odbytnicę połowę ręki, t. j. 4 palce z dłońią, a nawet całą rękę w głębokiej narkozie i ułożeniu chorej grzbietowo-pośladkowym wsuwając naprzód 2 palce, potem 3-ci i 4-ty stożkowato ułożone i oględnem, choć dość silnem ciśnieniem przewyciężając opór tak, że wchodzi dłoń a potem i wielki palec, wreszcie całą ręką, jeżeli jest małą i podatną, znajdzie się w najszerszej części odbytnicy. Jeżeli brzeg skóry obrzęki stołcowej tak silnie się napina, że grozi pęknięciem, radzi S i m o n nacisnąć go w kilku miejscach.

W najniższej części odbytnicy znajdzie całą ręką dość miejsca; powyżej zaś rozpoczyna się zwężone miejsce, gdzie otrzewna nie tylko z przodu lecz i z boku otacza odbytnicę i przytwierdza ją do kości krzyżowej i tu już forsowanie przejścia bywa bardzo niebezpieczne. Jeżeli ta część jest o tyle obszerna, że w niej zmieści się największy obwód ręki, to 4 palce mogą dosięgnąć do *S. romanum*.

Z badania tego obiecywano sobie wielkie korzyści, tem bardziej, gdy S i m o n wykazał, że tą drogą w sprzyjających warunkach można dosięgnąć ręką aż do przedkowej ściany brzucha w okolicy pępka oraz że badając całą ręką można o 15 cm. a połową ręki o 5—6 cm. wyżej dosięgnąć niż przy badaniu 1—2 palcami, co jednak, z powodu znacznej krzywizny odbytnicy, jest po większej części pozornem (L a n d a u). Ręka sama zajmuje tyle miejsca w małej miednicy, że wypycha macię i części dodatkowe ku górze i ku przodowi, a tem samym do dna macicy dostajemy się dalszą drogą (H e g a r). W przypadkach obrzeków zacieśniających małą miednicę badanie to jest niemożliwem. Głównem wskazaniem do użycia tego sposobu badania są zatem większe obrzęki wysoko ułożone, które macię i części dodatkowe tak w górę wyciągają, iż tylko od tego badania spodziewać się można wyjaśnienia stosunków. Uwzględniwszy jednak, że wymaga ono wiele zachodu i że jest aktem ważnym, oraz że wyniki badania bywają często niezadowolające, a że w ciężu próbnem powłok brzusznych posiadamy środek o wiele pewniejszy, gdy zależy na tem, czy operować lub nie, to nie będziemy się dziwić, że ten sposób badania prawie zupełnie zarzucono.

## Badanie przez cewkę moczową i rozszerzenie jej w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Cewka moczowa i pęcherz bez właściwego przygotowania są dostępnymi badaniu tylko za pomocą zgłębników i cewników. Narzędzi jednak tych najczęściej nie używamy w celu badania samego pęcherza moczowego, lecz jako środków pomocniczych, albo dla uzupełnienia badania przetok pęcherzowo-pochwowych, przybliżenia ich brzegów w czasie operacji lub w przypadkach wrodzonego braku lub zrostów pochwy, aby się przekonać, jakie warstwy dzieli palec badający przez odbytnicę od grubego cewnika wsuniętego w pęcherz moczowy.

Jeżeli zaś zależy na tem, aby wysledzić palcem wewnątrz pęcherza i jego ścian, należy cewkę moczową stosownie rozszerzyć. Należy to także uczynić, gdy rozechodzi się o rozpoznanie wybujałości, narosli i obrzęków oraz o usunięcie ich albo o wydobyte ciała obcych, kamieni pęcherzowych lub uwięzionych w części pęcherzowej moczowodu o wybadanie przetoki w przypadkach zarosniętej pochwy, o stosowanie środków mających miejscowo działać na błonę śluzową dotkniętą uporczywym nieżytem, o uleczenie szczelin błony śluzowej cewki moczowej (*Fissura*), o otwarcie tą drogą w przypadkach braku pochwy krwisteków macicznych (*Haematometra*), o obmacanie wreszcie przodkowej ściany macicy lub obrzęku przed nią ułożonego.

Bardzo tylko rzadko wydarza się, że cewkę moczową znajdujemy dostatecznie rozszerzoną, aby w nią palec wsunąć można. Wydarzyć się to może wówczas, gdy albo obrzęk nowotworowy od wewnątrz cewkę do bardzo znacznego stopnia rozszerza<sup>1)</sup> lub gdy w braku pochwy cewka od zewnątrz próbami spółkowania jest do tego stopnia rozszerzana, że spółkowanie przez nią się odbywa.

Rozszerzenie cewki w celach rozpoznawczych i leczniczych podał i wydoskonalił *Simon*<sup>2)</sup>. Dotyczy ono głównie najciaśniejszego miejsca, jakim jest ujście zewnętrzne. W tym celu podał on 7 numerów takich wzorników cewkowych, z których najmniejszy ma 7 mm. średnicy, największy zaś 20 mm., a które stopniowo wsuwa się w cewkę. Aby zapobiedz przedareciu ujścia nacina się je nożyczkami, a rozszerzanie z powodu znacznej bolesności wykonywa się w narkozie. Jeżeli

<sup>1)</sup> *Schatz. Interessante Fälle. Arch. f. Gyn. X. str. 356. —* <sup>2)</sup> *Volkmann. Samml. Klin. Vortr. Nr. 88.*

się w tem rozszerzaniu cewki przesadzi, to można sprowadzić ciężkie następstwa długo lub zawsze trwającego mimowolnego odpływu moczu.

Simon określa granice, których przekroczyć nie wolno, t. j.: u dorosłych kobiet 6.3 cm. obwodu, u dziewcząt 15—20 lat liczących 1.8—2.0 cm. średnicy a u 11—15 letnich 1.5—1.8 cm. średnicy. W największym stopniu rozszerzenia obwód palca razem z narzędziem użytym nie powinien nigdy przekraczać 7 cm.

Badanie palcem przez rozszerzoną cewkę uskutecznia się w ten sposób, że palec wskazujący wsuwamy przez cewkę do pęcherza a palec średni w pochwę, aby wskazującym głębiej można dosięgnąć lub badać oburęcznie, t. j. drugą ręką od pochwy lub odbytnicy.

W przypadkach, w których badanie przez powłoki brzuszne jest utrudnionem, badaniem przez pęcherz moczowy zwykle nie używamy zadawałających wyników.

## O postępowaniu bezgnilnem w badaniu.

Pochwa, wyjąwszy okres połogowy, okazuje znaczną odporność na zarazki chorobotwórcze, które w niej mogą przebywać i rozwijać się bez szkody dla ustroju, dzięki wielowarstwowemu przybłonkowi brukowemu, który ją wyściela. Dlatego też oględne badanie palcem nie naraża na niebezpieczeństwo zaszczepienia zarazków w ścianę pochwy. Inaczej się rzecz ma, gdy mamy wprowadzić palec, narzędzia lub środki pęczniące w szyję i jamę macicy, których błona śluzowa pokryta przybłonkiem migawkowym bardzo łatwo krwawi czyli bardzo łatwą jest do zranienia, zatem łatwo w nią zaszczepić można nietylko zarazki znajdujące się w pochwie, lecz i takie, które nie były w pochwie, lecz na naszych rękach i narzędziach.

Łatwość zakażenia wzmaga się bardzo, gdy mamy do czynienia z ciążą lub położeniem. A nie mówimy tu o ciąży i położeniu na pewno rozpoznanych, lecz o tych przypadkach, w których nie wiemy zupełnie, że mamy z tymi stanami do czynienia lub istnienie ich tylko podejrzujemy. Często bowiem wydarzają się chore skarżące się na obfitą, przewlekającą się regularność, która może tak łatwo być krwawieniem zapowiadającym poronienie w pierwszych tygodniach ciąży jak krwawieniem po przebytem już poronieniu.

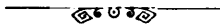
Dlatego też bez względu na odporność pochwy ręce nasze i narzędzia powinny być aseptycznymi. Pierwszym zatem warunkiem jest pielęgnowanie rąk. Kto jest w stanie znieść widok własnych brudnych rąk i czarnych paznogi jest człowiekiem niecywilizowanym w peł-

nem rozumieniu tego wyrażenia, tak jak śmiesznymi są ci, którzy piękno upatrują w długich białych pazurach. Paznogie powinny być miernie krótko obcinane, a rowek podpaznogciowy za każdym myciem rąk dokładnie mydłem wyszczotkowany. Prócz tego nigdy nie powinniśmy się rozłączać z kostką ostro zakończoną, służącą do oczyszczania tego rówka. Narzędzia ostre, jak n. p. seyzoryk, są do tego niestósowne, gdyż czynią spodnią powierzchnię paznogcia szorstką, kosmatą, na której wszelki brud łatwiej się trzyma. Częste dokładne mycie rąk, z użyciem szczotki, w celu usunięcia powierzchniowej warstwy przyskórka wystarcza zupełnie do badania przez pochwę w przypadkach, gdy niema podejrzenia o sprawę połogową, gdy palca lub narzędzi nie mamy wprowadzać w szyję i jamę macicy lub gdyśmy nie mieli do czynienia z choremi okazującymi odchody rozłożone lub ropiaste. W przeciwnym przypadku, zawsze, tuż po badaniu takich chorych, powinniśmy po dokładnem, przynajmniej 3—5 minut trwającym, szczotkowaniu rąk mydłem i opłukaniu wodą, dopiero następnie obmyć je w roztworze sublimatu 1:1000 nie mieszając go z mydlinami. Sublimat zatem powinniśmy nosić ze sobą i to albo w proszkach po 1·0 zmieszanych z solą kuchenną, którą możemy i osobno dodać do wody, lub też jako pastylki Dra Angerera lub Wachtla wyrabiane przez Wiszniewskiego w Krakowie.

Wzierniki szklane i sprężnikowe powinno się po każdym badaniu wymyć dokładnie szczotką i mydłem i wytrzeć czystą ściereczką lub ręcznikiem. Wzierniki metalowe najlepiej, jeżeli tego potrzeba po wymyciu wypalić nad lampką spirytusową. Zgłębnik maciczny powinien po dokładnem oczyszczeniu stale pozostać zanurzonym w 5% roztworze karbolowym lub przed każdorazowym użyciem być wypalonym, podobnie jak i rurki metalowe służące do przestrzykiwania macicy i pochwy.

Sumienne przestrzeganie tych przepisów nie wystarcza jednakże gdy chociażby jak najczystszym palcem lub narzędziem przenosimy wydzielinę znajdującą się w pochwie, a z niemi i zarazki chorobowe z pochwy do szyi i jamy macicy. Zanim zatem palec lub narzędzia mamy w nie wprowadzić, powinniśmy je dokładnie odrazić. Samo wypłukanie pochwy 3—5% roztworem karbolowym nie jest wystarczającym z powodu licznych fałdów i odporności wielu zarazków na krótkie działanie tych roztworów. Dlatego najlepiej pochwę przepłukać kilkoma litrami przegotowanej wody, a następnie założyć szeroki

wziernik rurkowy, wlać w niego roztwór sublimatu 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> i za pomocą pęczka waty, ujętego w kleszczyki, wmyć nim szyję maciczną i całe ściany pochwy wysuwając wziernik powoli. Jeżeli szyja maciczna sama przez się dostatecznie rozwarła, to przed użyciem narzędzi grubszej blaszkownicy lub tupelo powinno się przepłukać i jamę macicy 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworem karbolu lub 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> sublimatu pod małym ciśnieniem.



## ROZDZIAŁ DRUGI.

---

# Choroby części płciowych zewnętrznych.

---

Części płciowe zewnętrzne czyli srom niewieści (*Vulva*, *Pubes*) utworzone są przez wzgórek łonowy, wargi wielkie i małe i objęty nimi przedsionek (*Vestibulum*) z narządami, które zawiera, mianowicie: łechtaczką, ujściem cewki moczowej, gruczołami Bartoliniego i wejściem do pochwy. U dziewcząt tworzy naturalną granicę pomiędzy sromem a pochwą błona dziewicza (*Hymen*), będąca błoniastym zakończeniem tylnej ściany pochwy. Wreszcie do sromu zaliczamy i międzykrocze (*Perinaeum*).

### Wady utworowe.

Dla zrozumienia wad utworowych przypomnimy pokrótce historię rozwoju płodowego tych narządów.

W okresie, w którym ani części płciowe zewnętrzne ani wewnętrzne nie są jeszcze utworzone, dolna część przewodu pokarmowego (*Enddarm*) nie kończy się ślepo, lecz łukiem ku dołowi zwróconym (Fig. 9) przechodzi bezpośrednio w omocznię (*Allantois*), z której, jak wiadomo, powstaje łożysko, pępowina i pęcherz moczowy. Po utworzeniu się obrączki pępkowej omocznia zwęża się znacznie w tem miejscu, gdzie tworzy przewód omoczniowy (*Urachus*), który później zanika. Przez to powstaje zewnętrzna i we-

wewnętrzna część omocznia, a ta ostatnia (przyszły pęcherz moczowy) do 5-go tygodnia życia płodowego tworzy dalszy ciąg przyszłej odbytnicy.



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.



Fig. 13.

all. allantois, m. przewód Müllera, r. rectum, a. zagłębienie skóry, u. urethra v. vagina, b. pęcherz moczowy, su. sinus urogenitalis. — Podług Schrödera.

Zobaczmy teraz, co się dzieje zewnątrz w miejscu przyszłych części płciowych zewnętrznych. Przed 8-mym tygodniem rozwoju w miejscu przyszłej lechtaczki, a względnie prącia, uwidocznia się tak zwany guziczek płciowy (*Glans*), a poniżej niego rowek będący zagłębieniem skóry, otoczony fałdami płciowymi. Z brzegów tego rowka powstają wargi małe, a z fałdów wargi wielkie; dno zaś jego zagłębienia się coraz więcej, tak, że trafia w końcu na szczyt łuku, który tworzy odbytnica z omoczną (Fig. 10) przez co powstaje przewód, w który omocznia i odbytnica wspólnie się otwierają (*Cloaca*). Do tego przybywają jeszcze przewody Müllera (przyszła pochwa), które jeszcze nie otwierają się bezpośrednio do kloaki, lecz w omocznę.

Teraz potrzeba takich zmian, aby odbytnica zupełnie się odzieliła i otwierała się osobnem ujściem na zewnątrz. Dzieje się to z jednej strony przez coraz większe zagłębienie się zatoki moczopłciowej (*Sinus urogenitalis*), a z drugiej strony przez wzrastanie od góry ku dołowi pomiędzy pochwą a odbytnicą narządu klinowatego (*Septum Douglasii*), który nie tylko ma, jak dotychczas mniemano, dokonać zupełnego rozdziału lecz i utworzyć międzykrocze (Fig. 11 i 12). Gdy jednak, jak to słusznie podnosi Reichel<sup>1)</sup>, na między-

<sup>1)</sup> *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* T. XIV.

kroczu płodów niedonoszonych dość jeszcze wyraźnie, a u płodów 4 miesięcznych bardzo wyraźnie, występuje szew (*Raphe*), zatem dowód niezbity, że międzykrocze musiało powstać z narządów parzystych, wsuwających się nie zgóry, lecz z boków pomiędzy odbytnicę a kloakę i dopełniających w ten sposób zupełnego rozdziału tych narządów. Stolcowa część odbytnicy wraz z otaczającymi ją mięśniami powstaje jako część odrębna z tylnej części rowka skórniego (*Aftergrube*). Zupełne utworzenie międzykrocza kończy się pomiędzy 7 a 10 tygodniem rozwoju płodowego.

Od chwili zupełnego oddzielenia się odbytnicy, kloaka staje się zatoką moczopłciową (Fig. 11), która przez wzrastanie ku dołowi cewki moczowej i pochwy staje się coraz płytszą (Fig. 12), aż wreszcie cewka moczowa i pochwa posiadają w niej osobne ujścia (Fig. 13) i wówczas zatoka moczopłciowa staje się przedsionkiem (*Vestibulum*). Z tą chwilą skończonym jest zupełnie rozdział narządów: pęcherza moczowego, pochwy i odbytnicy.

### Brak sromu. Defectus vulvae.

Brak sromu wydarza się z powodu braku narządu płodowego, z którego powstaje, zatem rowka skórniego i zagłębienia potrzebnego do spotkania się z omoczną. Wada ta utworowa właściwą jest potworkom syrenim (*Sympodia*) i bezgłowym (*Acephala*), zatem płodom niezdolnym do życia. W takich przypadkach albo omocznia jest jeszcze dalszym ciągiem odbytnicy (Fig. 14) lub rozdział już nastąpił (Fig. 15), a części płciowe wewnętrzne okazują albo rozwój szczątkowy albo też wady utworowe, o których później będzie mowa.



Fig. 14.



Fig. 15.

### Wrodzone zarośnięcie sromu. Atresia vulvae congenita.

Z a r o ś n i ę c i e w r o d z o n e może także polegać na braku narządów płodowych, lecz obok zupełnie rozwiniętych części płciowych wewnętrznych polega prawdopodobnie na zarośnięciu następowem, zatem nabytem za życia płodowego. B o k a i zarośnięcie to tłómaczy brakiem zrogowacenia powierzchniowych komórek przybłonkowych, przez



co zlepiają się fałdy skórne ściśle do siebie przylegające. Następowe zrogowacenie może sprawić znowu rozlepienie tych części lub gdy to nie nastąpi pozostaje stałe zarośnięcie. Aby w takim przypadku płód zdolnym był do życia, potrzeba albo istnienia cewki moczowej jak w przypadku *Fovillea* lub otwartego przewodu omoczniowego (*Urachus*) jak w przypadku *Mageea*, cytowanym przez *Kiwisch*a, przez które mocz może odpływać. Gdy tego brak, przychodzi na świat płód niezdolny do życia, z pęcherzem do najwyższego stopnia moczem rozdętym.

Mniejszy stopień zrostu może tyczyć się samych warg małych w całej ich długości i wówczas powstać może utrudnienie w oddawaniu moczu lub zmiana w kierunku prądu.

W rzadkich przypadkach wydarza się zrost warg małych nie ich brzegami lub powierzchnią lecz zapomocą błoniastego połączenia. Ponieważ w takich przypadkach znajdujemy i łechtaczkę znacznie większą niż prawidłowa odnosi *Rauschning*<sup>1)</sup> nieprawidłowość tę do typu rozwoju męskiego, w którym guziczek płciowy staje się prąciem a równocześnie następuje zrost brzegów rowka płciowego, z których powstają wargi małe.

Wady utworowe głębiej sięgające dotyczą niezupełnego odosobnienia się pęcherza, pochwy i odbytnicy, co następuje, gdy te narządy nie spotkają się z rówkiem płciowym lub gdy *Septum Douglasii* niedostatecznie te narządy rozdzieliło.

Brak dołka stolcowego (*Aftergrube*) i z tego powodu wysokie ślepe zakończenie przewodu pokarmowego nie obchodzi nas.

Jeżeli jednak *Septum Douglasii* nie dokonało zupełnego rozdziału pomiędzy odbytnicą a pochwą, to odbytnica będzie mieć ujście swe w zatoce moczopłciowej i powstanie *Atresia ani vaginalis* (Fig. 16). Pomimo tej nazwy, biorąc rzecz rozwojowo, ujście odbytnicy nie będzie w pochwie lecz w przed-

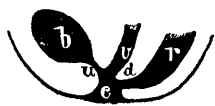


Fig. 16.

Podług Schrödera.

sionku (*Atresia ani vestibularis*) czyli w tej części, która nie powstaje z przewodów Müllera, lecz z omocznii. Powodem do błędów bywa zwykle znaczna długość kloaki czyli zatoki moczopłciowej, tak, że górną jej część łatwo pomieszać z pochwą. Odnosi się to prawdopodobnie i do bardzo ciekawego przy-

<sup>1)</sup> *Inaug. Diss. Königsberg* 1890.

padku opisanego przez J. Rosnera<sup>1)</sup> z kliniki Madurowicza, w którym otwór stolcowy znajdował się „prawie w połowie tylnej ściany pochwy“.

Najniższym stopniem tej nieprawidłowości jest tak zwany *Anus perinaealis*, gdy otwór stolcowy umieszczonym jest bezpośrednio poza wędzidełkiem warg wielkich.

W opisanych nieprawidłowościach jest rzeczą najważniejszą istnienie lub brak mięśnia *Sphincter ani*, gdyż od tego zależy możliwość lub niemożność powstrzymywania kału, który na zewnątrz występuje, w przypadkach pierwszej wady, przez przedسیونek.

Jeżeli przedسیونek pozostanie na stopniu rozwoju płodowego, to znaczy, jeżeli zstępowanie pochwy i cewki moczowej ku dołowi nie nastąpiło, będzie brak ujścia cewki moczowej w przedسیونku, tworzącym długi wązki przewód (Fig. 17), na którego szczycie cewka i pochwa mają swe ujścia. Jeżeli wadzie tej towarzyszy przerost łechtaczki (Fig. 17 c), pod którą istnieje mały otworek, którym mocz odpływa, to pomyłka co do płci jest możebną, szczególnie u płodów, które się mylnie oznaczają jako męzkie ze s p o d z i e c t w e m (*Hypospadiasis*).

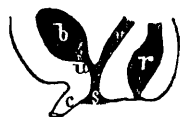


Fig. 17.  
Podług Schrödera.

**Leczenie.** Zarośnięcie sromu, pochodzące tylko ze zlepiania warg, daje się niekiedy usunąć po prostu przez rozciągnięcie lub rozcięcie na sondzie rowkowanej, wsuniętej poniżej cewki moczowej. Nieprawidłowe ujście odbytnicy (*Atresia ani vaginalis*) usiłowano usunąć zapomocą cięcia w międzykroczu, odpreparowania nieprawidłowego ujścia, wszycia go w cięcie międzykroczu i zaszcycia otworu w przedسیونku (*Proctoplastica*). W Chirurgii Pithy i Billrotha znajduje się zacytowanych 11 przypadków w ten sposób operowanych, z których 10 z pomyślnym skutkiem. Bryk<sup>1)</sup> operował także z dobrym skutkiem w jednym przypadku.

### Spodziectwo i wierzchniactwo. Hypo- et Epispiadiasis feminae.

Jeżeli cała cewka została zużyta do utworzenia dolnej części pęcherza moczowego, wówczas otwiera się on bezpośrednio szczeliną poprzeczną umieszczoną powyżej wejścia do pochwy (Fig. 18).

<sup>1)</sup> „Przegląd Lekarski“, 1886, str. 93. — <sup>2)</sup> *Oesterr. Zeitschrift f. pract. Heilkunde* 1861.

Podobnie jak u mężczyzn nieprawidłowy stosunek cewki moczowej do prącia oznaczamy nazwami: *Hypospadiasis* i *Epispadiasis*, tak i u kobiet stan opisany, ze względu na stosunek do łechtaczki, oznaczamy nazwą spodziectwo kobiece (*Hypospadiasis feminae*). Badanie wykazuje wówczas zupełny brak cewki moczowej a pęcherz i pochwa mają wspólne ujście w głębokim przedsiönku (*Canalis vestibularis*). Nazwą zaś wierzchniactwo kobiece (*Epispadiasis feminae*) oznaczamy rzadkie przypadki tak zwanej dolnej szczeliny pęcherzowej. Wzgórek łonowy, łechtaczka i górna ściana cewki moczowej bywają wówczas podzielone na dwie części, pomiędzy



Fig. 18.

Podług Schrödera.

którymi znajduje się szczelina prowadząca do pęcherza moczowego. Stanu tego nie należy mieszać z wrodzonym wynicowaniem pęcherza (*Ecstrophia vesicae*) wydarzającym się w parze ze szczeliną czyli rozszczepieniem wrodzonym spojenia łonowego. Sposób powstawania wierzchniactwa kobiecego nie został dotychczas dostatecznie wytłómaczonym. Schröder przypuszcza, że wypełniona silnie omocznia wypycha się w okolicy przyszłej cewki moczowej pomiędzy części parzyste, które miały się ze sobą połączyć i połączeniu temu przeszkadza, a potem pęka i tworzy szczelinę. Zweifel zaś przyjmuje teorię Thierscha, podaną dla męskiej epispadyi, mianowicie, że prawidłowe połączenie się ze sobą parzystych ciał jamistych prącia (*Corpora cavernosa*), a tu łechtaczki, następuje przed utworzeniem się międzykrocza. Tworzące się zaś międzykrocze wypycha przedsiönek znacznie ku przodowi i jeżeli temu wypychaniu nie stawiają przeszkody połączone ciała jamiste łechtaczki czyli jeżeli międzykrocze wcześniej się wytworzy niż łechtaczka, to wepchany przedsiönek przeszkadza temu połączeniu na zawsze i powstaje brak cewki i rozszczepienie łechtaczki. Przeciw takiemu tłómaczeniu przemawiałyby przypadki rozszczepionej łechtaczki bez epispadyi. Jako skutek opisanych wad tworzenia się cewki moczowej występuje niemożebność powstrzymania moczu a zatem mimowolny, ciągły jego odpływ. Wobec jednak spodziectwa (*Hypospadiasis*) może istnieć dopóty ograniczona możebność powstrzymania moczu dopóki domykalność sromu jest zupełną zatem u panien.

Z bardzo rzadkich wad utworowych połączonych z wrodzoną niemożebnością powstrzymania moczu należy wspomnieć o nieprawidłowem ujściu moczowodu nie w pęcherzu lecz tuż przy ujściu cewki moczowej lub w pewnym od niej oddaleniu.

**Leczenie** polega na możebności wytworzenia, choćby nawet bardzo krótkiej, cewki moczowej przez operację plastyczną w celu umożliwienia zatrzymywania moczu, jak w jednym przypadku Rosera i w dwu przypadkach Schrödera.

### Obojniactwo. Hermaphroditismus.

Do utworowych wad zewnętrznych części płciowych należy zaliczyć i obojniactwo (*Hermaphroditismus*). W oznaczeniu tego stanu, który obojniactwem nazywamy, potrzeba koniecznie trzymać się tej zasady, że narządem cechującym płęć jest gruczoł płciowy, wytwarzający jajka lub nasienie, zatem jajnik lub jądro. Wychodząc z tej zasady takie tylko obojniactwo uważać należy za prawdziwe (*Hermaphroditismus verus*), w którym istnienie obu gruczołów daje się niewątpliwie stwierdzić. Wszystkie zaś przypadki, w których podobieństwo do obu płci polega tylko na nieprawidłowym rozwoju części płciowych zewnętrznych, nie posiadają powyższych warunków i zaliczyć je należy do najczęściej się wydarzającego, obojniactwa wrzekomego (*H. spurius*, *Pseudohermaphroditismus*).

Klebs rozróżnia trzy rodzaje obojniactwa prawdziwego: 1. *H. bilateralis*, jeżeli po każdej stronie znajduje się jajnik i jądro; 2. *H. unilateralis*, jeżeli oba gruczoły znajdują się tylko po jednej stronie, a z drugiej strony jeden; 3. *H. lateralis*, jeżeli po jednej stronie znajduje się jądro a po drugiej jajnik.

Ścisłe udowodnienie prawdziwego obojniactwa możebnem jest tylko na zwłokach i przez badanie drobnowidowe utkania gruczołów płciowych albo też przez wykazanie istnienia trąbki macicznej i *vas deferens* z pęcherzykiem nasiennym. Zważywszy jednak, że w żadnym przypadku oba gruczoły nie znajdują się zupełnie wykształcone i że we wczesnym okresie rozwoju płodowego oba okazują podobną budowę, to w wielu przypadkach i badanie drobnowidowe nie daje niewątpliwych wyników. Dlatego też na podstawie dotychczasowych przypadków twierdzić można, że *H. bilateralis*, jako tako stwierdzonego, istnieje tylko jeden przypadek Heppnera, *H. unilateralis* ani jeden, a *H. lateralis* kilka przypadków.

Nigdy jednak nie wydarza się, aby jedno i to samo indywiduum mogło spełniać czynności obu płciom właściwe, czyli tak zwana *Androgynia*; lecz w każdym ze znanych przypadków przeważała skłonność do typu męskiego.

Obojniactwo wrzekome kobiece polega zawsze na wrodzonym przeroście łechtaczki, która w takim razie bywa bardzo podobną do prącia. Jeżeli dodamy do tego, że wargi wielkie zachowują się podobnie jak moszna, a co więcej, jeżeli wyjątkowo w wargach znajdują się pozornie jądra, w rzeczywistości zaś jajniki (*Hernia ovarialis*) lub jeżeli istnieje równocześnie wrodzony zrost części płciowych, to wszystko może pozornie przemawiać, za typem męzkim ze spodziectwem (*Hypospadią*). W tych przypadkach ważną jest ta okoliczność, że otworek umieszczony pod nasadą prącia, a względnie łechtaczki uważany za ujście cewki moczowej, bezpośrednio do niej nie prowadzi, lecz do zatoki moczopłciowej, w której dopiero ma ujście cewka moczowa i pochwa.

### Niedostateczny rozwój sromu.

Niedostatecznym rozwojem sromu nazywamy pozostanie jego na stopniu rozwoju dziecięcego (*Vulva infantilis*). Wszystkie części składające srom, bywają w takim razie małe. Wargi wielkie mało się odznaczają, bywają przyplaszczone, nie stykają się ze sobą i nie zakrywają przedstonka; wargi małe tworzą nieznaczne fałdy błony śluzowej, a wejście do pochwy bywa bardzo wąskie. Wadzie tej towarzyszyć mogą i inne wady utworowe pochwy i macicy, oraz niedostateczny rozwój jajników i rozwój ciała nieodpowiadający wiekowi.

### Przerost części płciowych zewnętrznych.

Przerost łechtaczki, wydarza się o wiele częściej w krajach podzwrotnikowych, tak, że tu i owdzie ma być powodem obrzezania dziewcząt. U nas, wyjąwszy przypadki spodziectwa (*Hypospadiasis*) połączonego z przerostem łechtaczki, rzadko bywa wrodzonym, a nabyty ma pochodzić z podrażnienia, wywołanego samogwałtem, chociaż Winckel stanowczo temu przeczy. Schröder twierdzi, że w Niemczech powstaje przerost łechtaczki wskutek pociągania jej napletka ku dołowi przez same dzieci, tak, że górna wydłużona część małych warg przykrywa wejście do pochwy. Zboczenie to może wpływać na zmianę prądu moczu. W przypadku Arnauda 3 letnia dziewczynka miała okazywać łechtaczkę na 1" długą a 1/2" grubą.

**Leczenie.** Mierny stopień przerostu łechtaczki zupełnie nie wymaga leczenia, jeżeli w niczem nie upośledza oddawania moczu. Czasy, w których przeciw różnym chorobom, j. t. padaczce, histeryi jakoteż przeciw samogwałtowi polecano wycinanie prawidłowej łech-

taczki, minęły już niepowrotnie, a fałszywy ten kierunek, głównie reprezentował Baker Brown. Obecnie polecamy odjęcie łechtaczki tylko w tych przypadkach przerostu, gdy oddawanie moczu jest co do właściwego kierunku upośledzone.

Wycięcie łechtaczki (*Clitoridectomy*), jest operacją bardzo prostą i polega na chwyceniu jej ostremi kleszczykami, naciągnięciu i oddzieleniu od podstawy dwoma cięciami nożyczek prawie równoległymi do jej osi a następnie cięciem trzecim, zupełnie poprzecznym. Krwotok z naczyń i ciał jamistych powstrzymujemy przez podwiązanie i zeszyicie.

Przerost warg małych wydarza się tak często w krajach podzwrotnikowych, że u Buszmanek ma być właściwością rasy i uchodzi pod fałszywą nazwą „fartuszka Hotentotek“. Przerosłe wargi mają okazywać długość od 4" — 10".

Przerost miernego stopnia wydarza się i u nas dość często, a w takich razach wargi małe sterczą na zewnątrz pomiędzy wielkimi jako ciemne, grube, jakby naciekłe płyty, przyczem napletek łechtaczki może być znacznie wydłużonym i zwieszać się z niej na dół.

**Leczenie** znacznego stopnia przerostu polega na skróceniu warg przez odcięcie ich i obszycie brzegów.

## Zapalenie sromu. Vulvitis.

**Przyczyny.** Najczęstszą przyczyną ostrego zapalenia całego sromu bywa zarażenie rzeżączkowe. Inne przyczyny, mogące wywołać częściowe lub ogólne zapalenie, są dość liczne.

Nieczystość bywa częstą przyczyną stanu zapalnego skóry warg wielkich, szczególnie u osób otyłych, u których przylegają one ściśle do ud tworząc głęboki fałd, w którym wydzielina gruczołów łojowych i potnych rozkłada się i drażni skórę. Podobnie działa u dzieci zalegające srom i rozkładające się *smegma*.

Częstą też przyczyną bywa ciągłe zanieczyszczanie i drażnienie przy odpływie moczu lub kału przez pochwę w przypadkach przetoki moczowej lub kałowej, jakoteż, choć rzadziej, posokowemi wydzielinami raka. Podobnie drażniąco działa często wydzielina nieżyłowa pochwy i szyi macicznej.

Przyczyny mechanicznie działające są: samogwałt, częste gwałtowne spółkowanie, zgwałcenie i drapanie z powodu świądu sromu, wyprysku, świerzbiczkzi, mendoweszek i świądu, sprawionego przez

*oxyuris vermicularis* u dzieci. Rzadszemi są przyczyny urazowe, jak ugniót, uderzenie, kopnięcie i t. d.

Z ogólnych przyczyn, głównie zoży u dzieci i moczówka cukrowa u dorosłych bywają powodem zapaleń. Tu należy przypomnieć, że w przypadkach gwałtownego i uporczywego zapalenia u dzieci trzeba myśleć o możebności przeniesienia rzeżączki przez rodziców lub otoczenie palcami, bielizną i t. p.

**Anatomia patologiczna.** Wobec budowy sromu z części tak różnych jak skóra i błona śluzowa oraz gruczoły tych obu narządów, cewka moczowa i gruczoły Bartoliniego, które razem i osobno mogą uleść zapaleniu, bywają też i obrazy spraw zapalnych rozmaite.

Podział na zapalenie skórne (*Vulvitis cutanea v. sebacea*) i błony śluzowej (*V. mucosa*) jest tylko teoretycznym, gdyż najczęściej zapalenie, mianowicie najwybitniejsze, t. j. rzeżączkowe, dotyczy wszystkich części sromu.

Z zatkania gruczołów łojowych i potnych powstają ograniczone lub rozlane zapalenia skóry (*Furunculosis et folliculitis*). Czyraki niczem się nie różnią od tych, które tworzą się na innych miejscach skóry, prócz tego może, że rzadko naciek zapalny przybiera znaczniejsze rozmiary. Zapalenie torebek włosowych (*Folliculite vulvaire* Huguiera) cechuje się tem, że w środku małych, czerwonych guziczków lub pęcherzyków sterczy włos.

Prócz zapaleń powierzchownych, wydarzają się i głębokie zapalenia tkanki łącznej warg wielkich (*Phlegmone*), towarzyszące najczęściej wrzodom połogowym i błonicy sromu.

**Objawy i przebieg.** Chore, dotknięte ostrem zapaleniem sromu, skarżą się na ból i pieczenie w stopniu, uniemożliwiającym poruszanie się i siedzenie. Największa bolesność towarzyszy zapaleniu tkanki łącznej podskórnej i gruczołu Bartoliniego. Jeżeli zaś zapalenie dotyczy skóry warg wielkich, to przyczyną największych skarg bywa świąd sromu a najnieznaczniejszym bywa ten objaw w zapaleniu towarzyszącym *Vulvitis diabetica*.

Co do objawów przedmiotowych, to najwybitniej występują one w rzeżączkowym zapaleniu sromu i są następujące: wargi wielkie zaczerwienione, obrzmiałe, pozlepiane włosami i zaschłą wydzieliną śluzowo ropiastą, która po rozlepieniu ich w większej ilości odpływa i pokrywa cały przedsionek; wargi mniejsze zgrubiałe, naciekle, ujście cewki moczowej ciemno czerwone, obrzękłe, za pociśnięciem cebulki

moczowej wydziela ropę; na błonie śluzowej przedsionka często bywają liczne nadżerki.

W stanach chronicznych, pochodzących z ciągle działających bodźców, jak drażnienia moczem lub drapania, bywa zaczerwienienie, bez wybitnie zwiększonej wydzieliny lub jest ona czysto śluzową, a zapalenia te częściej ograniczają się tylko do skóry warg (*Dermitis, Erythema*).

Winckel podaje, że zapalenie towarzyszące moczówce cukrowej (*Vulvitis diabetica*) cechuje się, prócz obrzęku warg, bardzo znaczną suchością utkania i wielką skłonnością do pękania, przyczem wargi wielkie wyglądają jakby posypane pudrem. Objaw ten, który znajdowałem i bez moczówki cukrowej, w świadcze sromu wywołany tarcieniem i drapaniem, pochodzić może w moczówce cukrowej od kryształków cukru po zamoczeniu warg moczem.

Zapalenie tkanki łącznej warg cechuje się zabarwieniem sino czerwonym, znacznym obrzmieniem surowiczo nacieklej i twardej wargi, tak, że ona cały srom zastawia. Zropienie objawia się chełbotaniem, które występuje po wewnętrznej czyli śluzowej stronie wargi, okazującej tu największe wygórowanie.

Zapalenie gruczołu Bartoliniego często towarzyszy zapaleniu rzeżączkowemu sromu, przez rozszerzenie się zapalenia ze sromu na przewód gruczołu. Gruczoł tworzy w takich razach obrzęk ograniczony w dolnej części wargi, dochodzący wielkością jaja gołębiego, bardzo bolesny, a zropienie z wydzieleniem najczęściej brudnej, cuchnącej ropy nastaje po stronie wewnętrznej wargi wielkiej lub małej.

Przebieg zapaleń sromu bywa rozmaitym i zależnym od przyczyn. Najkrótszym, gdyż kilkudniowym, bywa w przypadkach zapaleń skóry, wywołanych nieczystością u kobiet otyłych lub zanieczyszczeniem moczem, jeżeli przyczyny zostaną usunięte, podczas gdy zapalenie rzeżączkowe trwa 2 — 3 tygodni. Czyraki, jakkolwiek ze względu na rokowanie są cierpieniem obojętnym, to jednak bardzo dokuczliwym przez bolesność i często znaczną uporczywość, gdyż niekiedy występują jeden po drugim całymi miesiącami i to najczęściej u kobiet około 40go roku życia.

Największą uporczywością cechują się zapalenia powstałe z przyczyn ogólnych, j. t. zołzów i moczówki cukrowej, gdyż w tej ostatniej mogą zapalenia trwać lub powtarzać się aż do końca życia, jako objaw najdokuczliwszy.



**Leczenie** zawisło od tego, czy zapalenie ogranicza się tylko do sromu czy też i cała pochwa i szyja maciczna są zajęte, jak to bywa w rzeżączce i *vulvovaginitis* dzieci. Tu bowiem leczenie samego sromu nie prowadziły do celu.

Leczenie zatem ostrego rzeżączkowego zapalenia sromu, w którym bierze zawsze udział i pochwa i szyja macicy, opisujemy w rozdziale o zapaleniu pochwy. Zapalenia zaś pochodzące z drażnienia wydzieliną macicy i pochwy, ustępują przez leczenie przyczyn i przez 2—3 razy dziennie powtarzane wstrzykiwania środków odrażających i ściągających, tak, że osobnego leczenia tylko wyjątkowo wymagają, gdy sprawiają znaczne dolegliwości, mianowicie pieczenie i swędzenie. Zamiast przymoczek używanych w tym celu z wody Goulardowej, 2% roztworu kw. karbolowego i pomazywania 2% roztworem azotanu srebrowego, lepiej działa obfite zapruszanie proszkiem aristolu, posiadającym w wysokim stopniu właściwości wysuszające. U osób otyłych polecamy jak największą czystość, częste kąpiele i zapruszanie fałdów udowych i warg posypką czyli pudrem, z dodaniem kwasu salicylowego.

Celem usunięcia działania drażniącej wydzieliny, poleca się założenie do pochwy tamponu z gazy jodoformowej. Zewnętrznie na srom i pomiędzy wargi polecamy przymoczki z wody ołowianej lub lekkich roztworów środków odrażających.

Zapalenia powrotne miewają niekiedy przyczynę w przewłocnej rzeżączce przewodu gruczołu Bartoliniego. Celem usunięcia tej przyczyny, poleca Zweifel wyszukać przewód, wsunąć w niego koniec bardzo wąskiego nożyka i rozciąć go a następnie przylapisać. Tu przypomnieć należy, że ujście przewodu leży po wewnętrznej stronie wejścia do pochwy, mniej więcej w środku wysokości (byłej) błony dziewiczej i przed nią.

U dzieci poleca się dokładne obmywanie sromu po każdym moczeniu, następnie przestrzykanie letnią wodą ołowianą, przymoczki z wody Goulardowej, a w uporczywszych przypadkach przypędzelkowanie 2% roztworem azotanu srebrowego. Pott bardzo zachwala wsuwanie do pochwy pręcików jodoformowych. Przeciw zapaleniom pochodzącym z nieczystości lub zanieczyszczenia zaleca się częste kąpiele nasiadowe i wstrzykiwania do pochwy roztworów przeciwgnilnych lub ściągających. Jeżeli zapalenie pochodzi z zanieczyszczenia rozkładającym się moczem, poleca się, prócz powyższych środków, pokrywanie całego sromu grubą warstwą 3% wazeliny kar-

bolowej lub cynkowej, *Zincum oxyd* 1:10. U osób otyłych potrzeba wspomnianą maść zakładać na płótnie w fałdy pomiędzy wargi a uda.

Przeciwko ciąglemu ponownemu tworzeniu się czyraków (*Furunculosis*) polecam z dobrym skutkiem namydlenie sromu i całej okolicy szarem mydłem (*Sapo viridis*) i obmycie, a następnie codzienne obmywanie rozczyznem: *Acidi salicyl. 2,0 Spir. vini rectific. 50,0 Aq. dest. 150,0*.

Najtrudniejszym jest leczenie *Vulvitis diabetica* i powinno być głównie skierowanem przeciwko przyczynie. Z miejscowo stosowanych środków przynoszą ulgę, zmniejszając swędzenie: czystość, pędzelkowanie 5% rozczyznem kwasu karbolowego, maść cynkowa, salicylowa (1:300), jodoformowa 10% i kąpiele nasiadowe z taniną lub odwarem kory dębowej.

W zapaleniu gruczołu Bartoliniego poleca się ciepłe okłady lub kataplazmy, a po zropieniu otworzenie ropnia.

## Obrzmienie surowicze i zgorzel sromu.

### Oedema et gangraena vulvae.

Obrzęk surowiczy, ograniczony do samego tylko sromu, wydarza się w czasie ciąży, z powodu utrudnionego odpływu krwi, a powstający w połogu zawsze przemawia za zakażeniem miejscowem. W przypadkach zaś ogólnej puchliny (*Anasarca*) wargi wielkie, jako posiadające bardzo wiotką tkankę łączną, obrzmiewają często w bardzo wysokim stopniu, tworząc obrzęk ciastowaty, który uniemożliwia dokładniejsze badanie palcem. Niekiedy towarzyszy szankrowi miękkiemu szczególnego rodzaju obrzęk surowiczy warg małych, który trwa jeszcze przez długi czas po uleczeniu wrzodu. Wargi małe i napletek lechtaczki przybierają wówczas cechy twardego, przerosłego utkania, przypominającego słoniowacinę (*Elephantiasis*). Pozzi był zmuszonym w jednym przypadku powstałe w ten sposób obrzęki usunąć przez odcięcie.

Zgorzel sromu następuje skutkiem wielkich krwiaków warg powstałych po porodzie lub skutkiem uderzenia. Samoistnie zaś pojawić się może w przebiegu ospy, płonicy i cholery a wreszcie jako następstwo bardzo znacznego obrzęku surowiczego w przebiegu chorób sercowych i nerkowych.

U dzieci w rzadkich przypadkach może wystąpić, podobnie jak na policzku, zgorzel w postaci raka wodnego (*Noma, Cancer aqua-*

*ticus*) na jednej z warg wielkich. Cierpienie rozpoczyna się tu od nacieku, który rychło przybiera zabarwienie szaro zielonkawe z utworzeniem pęcherza, a następnie czarno-brunatne, ze zupełnem zniszczeniem utkania.

Zgorzeli towarzyszy zazwyczaj gorączka, a zejście bywa u dzieci zwykle śmiertelnem, u dorosłych zaś bardzo często skutkiem posocznicy lub zatoru tętnicy płucnej.

**Leczenie** obrzmienia surowiczego polega na leczeniu przyczyny wywołującej. Bardzo znaczne obrzmienia dają się znacznie zmniejszyć nakłuciami i nacięciami skóry warg, lecz należy o tem pamiętać, że względnie często następuje po nich róża (*Erysipelas*).

Leczenie zgorzeli polega na dostarczeniu chorym jak najlepszych warunków co do powietrza, odżywienia i pielęgnowania, a miejscowe na doszczętnem, ile można, usunięciu części zgorzelą dotkniętych za pomocą nożyczek i noża, z następowem przyżeganiem termokauterem.

### Krwiak sromu. Haematoma vel Thrombus vulvae.

Przez krwiak sromu rozumiemy wynaczynienie krwi w wiotką tkankę łączną podskórną jednej z warg wielkich, skutkiem pęknięcia żyły lub głębszego żyłaka (*Varix*) a nawet tętnicy.

**Przyczyny** najczęstsze bywają w akcie porodowym, a niezależnie od porodu może powstać krwiak skutkiem upadnięcia okrakiem na przedmiot twardy, krawędzisty, np. krawędź wanny przez poślizgnięcie się w niej i skutkiem mocnego uderzenia, szczególnie w razie, gdy części sromu blisko kości leżące (*Corpora cavernosa clitoridis*) doznają zgniecenia bez zranienia skóry (L. w off)<sup>1)</sup>. Jedy-nym w swoim rodzaju ze względu na etiologię jest przypadek opisany przez Bessel-Hagena<sup>2)</sup>, w którym ogromny krwiak sromu i podbrzusza powstał skutkiem pęknięcia błony śluzowej pochwy tuż poza zarośniętą błoną dziewiczą pod parciem nagromadzonej krwi w pochwie (*Haematocolpos*), która wciśniętą została w tkankę łączną.

Powszechnie znany i wszędzie cytowany jest przypadek Fran-que'a krwiaka, powstałego u starej kobiety, skutkiem silnego parcia na stolec, a Gempe widział krwiak u 20 letniej posługaczki szpitalnej, która ciężkie chore przenosiła. W przypadku zaś Him-mel-farba<sup>3)</sup> powstał krwiak skutkiem ukąszenia przez kochanka.

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XIII.* — <sup>2)</sup> *Arch. f. klin Chir. T. XXXVIII.* 1888. — <sup>3)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1888 Nr. 9.

**Anatomia patologiczna.** Krwiaki porodowe dochodzić mogą do bardzo wielkich rozmiarów, tworząc z całej wargi obrzęk sino zabarwiony, pokrywający zupełnie srom, którego treścią jest skrzepła i płynna krew, przenikająca tkankę łączną i całą okolicę obrzęku. Powstałe zaś z innych przyczyn tworzą obrzęk, najczęściej niewiększy od jaja kurzego, a tylko wyjątkowo mogą osiągać wielkości głowy dziecka (L w o ff)<sup>1)</sup>. W i u c k e l podaje także krwiaki powstałe w szczątkach błony dziewiczej, wielkości od bobu do jaja.

**Objawy i przebieg.** Mniejsze krwiaki, prócz bólu samą przyczyną wywołanego, nie sprawiają innych objawów i ustępują po zupełnem wessaniu wybroczyny. Większe, prócz silnego bólu, mogą znacznie utrudniać oddawanie moczu, a przez zwiększające się obrzęknięcie i zaczerwienienie skóry grozić przebiciem na zewnątrz lub też zawarta w nich wybroczyna może przejść w sposoczenie i stać się przyczyną zakażenia posokowego. W ogóle jednak krwiaki niepołogowe bywają cierpieniem o wiele obojętniejszem.

**Leczenie** w pierwszej chwili polega na powstrzymaniu wybroczyny podskórnej i uśmierzeniu bólów za pomocą okładów zimnych lub lodowych, a później gdy bolesność już ustąpi, polecamy okłady ogrzewające, celem przyspieszenia wessania.

Znaczniejszej wielkości krwiaki najlepiej otworzyć nacięciem w najniższej części wargi, poczem jamę należy dokładnie opróżnić ze skrzepów, wypłukać roztworem sublimatu 1 : 5000 i wytamponować gazą jodoformową.

## Żyłki sromu. *Varices vulvae.*

Żyłki sromu powstają, podobnie jak żyłki odnóg dolnych, najczęściej po przebytych ciążach, a rzadko u kobiet, które nie rodziły i rzadko bywają przedmiotem leczenia. Wyjątkowo mogą one być przyczyną tak gwałtownego krwotoku, szczególnie w ciąży, że bezpośrednio życiu zagrażają. Wyjątkowo też osiągnąć mogą bardzo znacznych rozmiarów, jak w przypadku Hołdena, w którym obrzęk żyłkowy doszedł do wielkości głowy dziecka.

W jednym przypadku żyłaków, tworzących w górnej części lewej wargi guz wielkości orzecha włoskiego, z powodu niebezpiecznego krwotoku, który w dwóch ciążach powstrzymałem uciskiem,

<sup>1)</sup> str. 56.

postanowiłem usunąć splot żylny za pomocą wycięcia, co w nieobecności mojej wykonał Dr. H. Schramm.

### Choroby skórne sromu.

Z chorób skórnych wydarzają się na skórze sromu wyprysk (*Eczema*), świerzbiączka (*Prurigo*), liszaj (*Herpes*), prosówka (*Milliaria*) i żarnice (*M. rubra*), które niczem się nie różnią od tychże chorób na innych częściach skóry. To samo odnosi się i do róży (*Erysipelas*). Do przytoczonych chorób skórnych dodać muszę jeszcze półpasiec (*Herpes zoster*), który obserwowałem na skórze wargi wielkiej i przylegającej części uda, przebiegający z silnymi bólami i niedowładem pęcherza moczowego.

Pod nazwą *Kraurosis vulvae* opisał pierwszy Breisky<sup>1)</sup> szczególnego rodzaju chorobę sromu i międzykrocza, polegającą na zaniku i bliznowatym przeobrażeniu skóry z następowem zacieśnieniem przedsionka. Orthmann<sup>2)</sup> opisuje przypadek, w którym A. Martin całą w ten sposób zwyrodniałą skórę wyciął i warstwowo zeszył.

### Gruźlica sromu. *Tuberculosis vulvae*.

Gruźlica sromu może wystąpić w dwu postaciach, a mianowicie: jako wrzód gruźliczy sromu (*Ulcus tuberculosum vulvae*) i jako liszaj żrący (*Lupus vulvae*).

Wrzód gruźliczy, którego jedyny przypadek Zweigbauma<sup>3)</sup> dokładnie został opisany, wydarza się bardzo rzadko i to zawsze w towarzystwie zmian gruźliczych pochwy, a cechuje się jedynie na pewne, wielką ilością laseczników, które z łatwością dają się wykryć.

Liszaj żrący sromu jest tak rzadką chorobą, że ilość znanych przypadków zaledwo osiąga trzydziestu, a z tych jeszcze nie wszystkie wytrzymują surową krytykę.

**Przyczyny.** Jako jedyną przyczynę należy uważać prątki gruźlicze. Wiek najwięcej sprzyjający powstaniu jest od 20 — 30 roku życia.

**Anatomia patologiczna.** Okres pierwszy. Na skórze warg najczęściej lub na wzgórku łonowym powstają guzki, zlewające się

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Heilkunde* 1885 str. 69. — <sup>2)</sup> *Monatschr. f. pract. Dermatologie* 1890 T. X. — <sup>3)</sup> *Berliner klin. Wochenschr.* 1888 Nr. 22.

ze sobą i tworzące rozlany naciek, barwy sino czerwonej. Podstawa guzków następnie twardnieje i powstają pomiędzy nimi szczeliny w skórze, drażące w głąb. Jeżeli tym zmianom towarzyszy znaczny przerost skóry (*Lupus hypertrophicus*), wówczas mogą powstać guzki jasno czerwone, o gładkiej powierzchni, wielkości od grochu do jaja gołębiego lub też znajdujemy naciek płaski z większą skłonnością do drażenia w głąb (*Lupus perforans*).

Okres ten trwa 2 – 4 miesięcy i przez ten czas może się liszaj żrący rozszerzyć na całą skórę sromu, wargi małe, łechtaczkę i ujście cewki moczowej.

Okres drugi czyli okres wrzodzenia powstaje z rozpadu postępującego w powierzchni. Wrzody miewają rozmaicie nieregularny kształt, o brzegach prostopadłych, dnie nierównem, bladoczerwonym, nieokazującym skłonności do krwawień i wydzielają skąpą surowiczą ciecz, tworzącą tylko rzadko strupki. Podczas gdy owrzodzenie w jednym kierunku się szerzy, mogą najwcześniej wrzodzące miejsca zablizniać się (*L. serpiginosus*). W ten sposób ulegają zniszczeniu: wargi wielkie i małe, skóra wzdórka łonowego, łechtaczka, wejście do pochwy, okolica cewki moczowej i skóra międzykroczna. Bardzo powoli mogą zmiany te szerzyć się i na pochwę, pęcherz moczowy oraz odbytnicę i sprawić tu zniszczenia. Tworzenie bliznowatej tkanki łącznej bywa tak obfitem, że powstające blizny w wysokim stopniu sprawiają zacieśnienia wejścia pochwowego i otworu stolcowego.

**Objawy i przebieg.** Jeżeli istnieją szczeliny w skórze pomiędzy guzkami, to chore doznają dotkliwego bólu i pieczenia po każdym moczeniu. Bez tego, nawet bardzo rozległe zniszczenia wywołują nieznaczne dolegliwości, a wielu autorów podnosi jako szczególny objaw dobre wyglądanie chorych.

Zejsście, ze względu na gruźliczą przyrodę choroby, bywa zwykle śmiertelnem, lecz do tego przyczynić się mogą bezpośrednio i głębokie zniszczenia, wywołujące zacieśnienia cewki moczowej i odbytnicy.

**Rozpoznanie** pewne polega na badaniu drobnowidowem kilku wycinków, a rozpoznanie bez niego może być bardzo trudne i niepewne. Najtrudniejszym bywa czasem odróżnienie od owrzodzeń kiłowych z przerosłą podstawą. Ta cecha, że wrzody kiłowe okazują dno szare, a liszaj żrący świeżo - czerwone, nie zawsze dopisuje i wystarcza a często dopiero z przebiegu i ze skuteczności przeciwkiłowego leczenia daje się wątpliwość usunąć.

**Leczenie.** O ile to możebne to w formie guzkowej i ograniczonej, najlepiej z samego początku wyciąć części zwyrodniałe. W formach rozlanych należy użyć najsilniejszych środków żrących. E. Martin z dobrym skutkiem użył *Acid. nitr. fumans*, Huguier arseniku, Veit *Kali caust.*, Hüter podskórnych wstrzykiwań kwasu karbолоwego, Crégnu 5% roztworu *Hydratis chlorali* a C. Braun galwanokauteru.

## Przepukliny sromu. *Herniae vulvae.*

Przepukliny kiszkowe mogą dwiema drogami dostać się w wargi wielkie i według tego rozróżniamy: przepukliny warg przedkowe i tylne.

Przepukliny przedkowe są pachwinowe, które analogicznie jak u mężczyzn w moszna, tu, wzdłuż *processus vaginalis peritonaei* więzu okrągłego macicy, dostają się w wargę wielką i tworzyć mogą obrzęki znacznych rozmiarów.

Przepukliny tylne dostają się do warg całkiem inną drogą a mianowicie: kiszki zagłębiają coraz więcej albo zatokę Douglasa lub zatokę pęcherzowo-maciczną i dostają się na prawą lub lewą stronę pochwy, tworząc naprzód przepuklinę pochwową, a następnie, wzdłuż pochwy w tylną część wargi. Stać się to może tylko przez rozstąpienie się rozciągniętej miednicowego (*Fascia pelvis*) i włókien mięśnia *levator ani*, podobnie jak w przypadkach *Hernia ischiadica et perinaealis*. Prócz jelit bywają czasem treścią przepuklin i jajniki z trąbkami.

**Przyczyny** najczęstsze znajdujemy w ciężkich porodach, mocnym parciu i obrzękach jamy brzusznej.

**Objawy i przebieg.** Objawy zależą od wielkości utworzonego obrzęku. Małe przepuklinowe obrzęki warg sprawiają nieznaczne tylko objawy, gdy wielką objętością swą sprawiają niedogodności w chodzeniu, siedzeniu i oddawaniu moczu. Obrzęki te z biegiem czasu muszą się powiększać, lecz uwięźnienia prawie nigdy się nie wydarzają, a chwilowo powstałe prawie zawsze można usunąć przez odprowadzenie przepukliny.

**Rozpoznanie** najłatwiejsze przez próby odprowadzenia przepukliny i odgłos bębnekowy na obrzęku, którego jednak może brakować. Pamiętać o tem należy, że za przepuklinę uchodzić może i obrzęk,

który tworzy wodniak więzu szerokiego (*Hydrocele lig. rotundi*) tem bardziej, gdy treść jego daje się wypróżniać w jamę brzuszna.

**Leczenie** przepuklin pachwinowo-wargowych polega na odprowadzeniu i utrzymywaniu za pomocą peloty. Przepuklin wargowych tylnych po odprowadzeniu nie udaje się utrzymać żadnym krążkiem pochwowym i dlatego należy ograniczyć się do przyrządów przeszkadzających powiększaniu się.

### Wodniak niewieści. *Hydrocele feminae.*

Podług badań Niemann a<sup>1)</sup> w więcej niż połowie przypadków można stwierdzić u kobiet istnienie *processus vaginalis peritonaei* i to po obu stronach lub gdy jednostronnie, to najczęściej po stronie prawej, czem się też tłumaczy większa częstość przepuklin pachwinowych prawych. Jeżeli ta wypustka, którą w kanale pachwinowym około więzu okrągłego tworzy otrzewna, sięga aż do wzgórka łonowego (*Mons Veneris*) a w dodatku, gdy otwór tej wypustki w okolicy wewnętrznej obrączki pachwinowej zlepi się lub zrosnie, to powstać może wypełnienie ślepego woreczka cieczą, która zwiększając się utworzy obrzęk mniej lub więcej napięty, chęłboczący, umieszczony w wielkiej wardze sromowej. Obrzęk taki może osiągać wielkości jaja kurzego i bywa przeświecającym. Schröder podaje przypadek, w którym treść surowicza obrzęku dawała się wypróżniać w jamę brzuszna.

Stan całkiem podobny może także powstać przez wypełnienie cieczą próżnego worka przepuklinowego, a w końcu może nagromadzić się ciecz i pomiędzy blaszkami tkanki łącznej, która jest dalszym ciągiem *fasciae superf. peritonaei* i podobnie jak kurezliwa błona moszen (*Tunica dartos scroti*) ma się składać z dwóch blaszek.

**Rozpoznanie.** Obrzęk wodniakowy, pomimo tej cechy, że chęłbocze i prześwieca, w kilku przypadkach pomieszano z przepukliną i jako taką operowano, z czego się okazuje, że podane cechy nie zawsze wybitnie występują lub że się nie zawsze o możebności wodniaka pamięta i nie bada przeświecania.

**Leczenie.** Jeżeli treść wodniaka da się wypróżnić w jamę brzuszna, to występowaniu przeszkodzić można stóssowną pelotą. W prze-

<sup>1)</sup> *Ueber den Processus vaginalis peritonaei beim weiblichen Geschlecht und die Cysten der weiblichen Inguinalgegend. Göttingen 1882.*



ciwnym razie, jeżeli wodniak sprawia dolegliwości, poleca się nacięcie z następowem wstrzyknięciem nalewki jodowej z gliceryną po różnych częściach lub 5% roztworu kwasu karbolowego, a w przypadku Paletty'ego już samo nacięcie wystarczyło do uleczenia. Jeżeli środki wspomniane zawodzą, wówczas poleca się wycięcie całego woreczka.

## Nowotwory sromu.

### Słoniowacina. Elephantiasis vulvae.

**Przyczyny** tego cierpienia są dotychczas niejasne. U nas rzadko wydarzająca się słoniowacina bywa w krajach zwrotnikowych częstą a na niektórych wyspach małych Antylów ma na nią zapadać 10% ludności. Powstanie poprzedzają tam objawy ogólne, gorączkowe, a miejscowo róża. Czy prócz odziedziczonej skłonności przypisać należy szczególne właściwości jakiemuś innemu jak u nas zarazkowi róży, nie da się rozstrzygnąć. W wieku największego rozwoju płciowego, pomiędzy 20 a 30 rokiem, powstaje z upodobaniem, lecz obserwowano ją i w bardzo wczesnym wieku, a nawet i u noworodków jako słoniowacinę wrodzoną (Nahde, Bainbridge i Verneuil). U nas najważniejszą rolę jako przyczyna ma odgrywać zakażenie kiłowe. Co do innych przyczyn jak samogwałt, częste drażnienia drapaniem, zaburzenia w krążeniu i miesiączkowaniu, nie wiadomo czy mają bezpośredni udział w powstaniu. Na istniejącą już słoniowacinę mają wybitny wpływ zmiany w krążeniu, gdyż w czasie miesiączkowania i w czasie ciąży części nią zajęte znacznie obrzmiewają.

**Anatomia patologiczna.** Wiadomo, że w częściach słoniowaciną zajętych, prócz przerostu wszystkich części skóry i tkanki łącznej podskórnej, wybitne zmiany znajdujemy w naczyniach limfatycznych, najbliższych gruczołach i w naczyniach dowodzących do gruczołów, które tworzą znacznie zgrubiałe, łatwo wymacalne postronki, a po przecięciu obrzęków występuje obficie ciecz lipka, będąca limfą.

Podług Virchowa przyczyną tych zmian bywa niedrożność najbliższych gruczołów i zastoina limfy z następowem rozszerzeniem naczyń limfatycznych. Wszystkie też obwodowe naczynia limfatyczne, sięgające aż do szczytu przerosłych brodaweczek skórnych, znajdujemy znacznie rozszerzone, podczas gdy naczynia głębsze bywają zatłokane przez bardzo obficie wytworzony śródbłonek (*Endotel*).

Słoniowacina sromu dotyczy przeważnie warg większych a rzadziej łechtaczki. Wszystkie warstwy skóry i tkanka łączna podskórna okazują ogromny przerost i to albo jednostajny, tak że tworzą się obrzęki o powierzchni gładkiej *E. glabra* (Fig. 19) lub przerost do-



Fig. 19.

Słoniowacina jednostajna warg sromowych. (Przypadek z oddziału chirurgicznego Dr. Ziembickiego).

tyczy odosobnionych miejsc skóry i tkanki łącznej i tworzą się obrzęki bardzo nieregularnie guzowate *E. tuberosa*, sterczące nad powierzchnię lub uszypułkowane. Guzowate te obrzęki mogą dojść do tak olbrzymich rozmiarów, że sięgają aż do kolan i ważyć mogą 15 kgm.

Kiedy indziej znowu przeważa bardzo znacznie i nadaje odmienną cechę obrzękowi, bujanie brodawkowe (*E. verrucosa*) lub brodaweczki skórne bujają w kształcie kłykcin kończystych (*E. condylomatosa*), któryto stan od zwykłych kłykcin często bardzo trudno daje się odróżnić. Według twardości rozróżniamy *E. dura et mollis*. Przebobrażenia możebne polegają na rozmięczeniu przez stłuszczenie

lub na przyłączeniu się tkanka mięsaka lub rakowego. Na powierzchni, jako zmiany następowe, wydają się głębokie owrzodzenia. Obrzękłe gruczoły pachwinowe rzadziej tu znajdujemy niż w słońowacinie odnóg dolnych.

**Objawy i przebieg.** Bardzo dokuczliwe objawy sprawiają dopiero obrzęki większe, gdyż nietylko utrudniają chodzenie i stanie lecz sprawiają wielkie dolegliwości, przez zmianę prądu moczu, zamoczenie i bolesne owrzodzenia, na których szybko się rozkłada ciagle sącząca się limfa i wywołać może wycieczenie zagrażające życiu. Wzrost obręzków bywa rozmaity: powolny lub szybki, alboważ do pewnego okresu powolny, poczem wzrastanie szybko postępuje.

Niebezpieczeństwo zagrażać może tylko skutkiem zmian następowych, mianowicie bardzo znacznych owrzodzeń.

**Rozpoznanie** jest zazwyczaj łatwe, może jednak wyjątkowo przedstawiać bardzo znaczne trudności pod względem odróżnienia od zmian innych.

Odróżnienie kłykeinowej formy słońowaciny od zwykłych kłykein kończystych, bywa niekiedy bardzo trudnem a nawet niemożliwym. Jako cechę odróżniającą podaje Zweifel, że zwykłe kłykeiny wyrastają ze skóry cieniekiej, niezmienionej, gdy tamte ze skóry bardzo zgrubiałej.

Włókniaki warg, z którymi także pomieszać można słońowacinę, cechują się obrzękiem ograniczonym i pod skórą przesuwalnym.

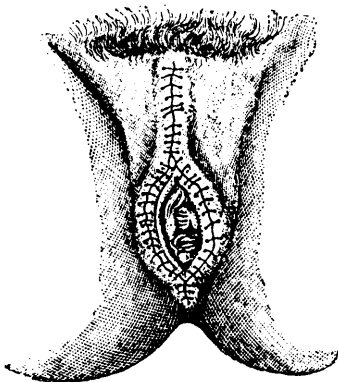


Fig. 20.  
Podług Schrödera.

Obrzęki złośliwe okazują również ograniczony, głęboko sięgający naciek, a czasem dopiero przebieg rozstrzyga rozpoznanie.

Zgrubienie wszystkich warstw skóry, towarzyszące niekiedy zaniedbanym wrzodom kiłowym okazuje takie podobieństwo do słońowaciny warg, że o istocie cierpienia rozstrzyga tylko przebieg i skuteczność lub bezskuteczność leczenia przeciwkiłowego.

**Leczenie** skuteczne może być tylko przez operacyjne usunięcie obręzków sposobem Schrödera.

Operację wykonywa się w ten sposób: Po zupełnem podniesieniu w górę i naciągnięciu całego obrzęku, rozpoczynamy cięciem w skórze po wewnętrznej i zewnętrznej stronie dolnej jego części, a po przecięciu tkanki łącznej w głębi, zaraz brzegi rany spajamy głębokimi szwami, poczem postępujemy dalej, przedłużając cięcia i znowu zeszywając brzegi w miarę postępu. W ten sposób powstrzymujemy zaraz krwotok, a po ukończeniu operacji mamy całą ranę zeszytą (Fig. 20).

Wielu autorów podnosi tę okoliczność, iż rychłozrost nastaje bardzo łatwo.

### Bujania brodawkowe. Papillomata vulvae.

Kłykciny kończyste (*Condylomata accuminata*) zawdzięczają swe powstanie najczęściej jadowi rzeżączkowemu. Można jednakże stanowczo twierdzić, że wydzierają się i bez niego, szczególnie u ciężarnych, nawet w braku wszelkiej wydzieliny z pochwy, co tłumaczymy zwiększonym odżywianiem i soczystością tkanek.

**Anatomia patologiczna.** Kłykciny polegają na bujaniu brodawczek skórnych, wydzierają się jednak i na miejscach, w których one nie istnieją (Winkel). Tworzą one małe na powierzchni rozstrzępione, białawe, przypłaszczone i zawsze uszypułkowane obrzęki, które przez olbrzymi wzrost mogą zająć każdą część sromu i cały srom zakryć w postaci obrzęku kalafiorowatego. Gdzie kłykciny stykają się ze zdrową skórą (w fałdach) tam pobudzają ją do podobnych bujań. Z upodobaniem zajmują one cały wolny brzeg warg mniejszych tworząc tu narośla na 1—2 palców szerokie.

**Objawy i przebieg.** Jeżeli brak odpływu gryzącego rzeżączkowego, to kłykciny nie sprawiają szczególnych dolegliwości, tak że chore wyczuwają je tylko palcami jako twarde narośla. Pozostawione samym sobie bujają one bezustannie a u ciężarnych do końca ciąży, po porodzie zaś często zupełnie zanikają. Bardzo znaczne wybujałości nie są obojętne dla przebiegu połoгу, gdyż mogą uleść szybkiemu rozpadowi i stać się przyczyną zakażenia.

**Leczenie.** Najlepiej usunąć narośla za pomocą nożyczek w narkozie. Jeżeli kłykciny pochodzą od zakażenia rzeżączkowego to po ich odcięciu poleca się: przyżeganie azotanem srebrowym miejsc, na których wyrastały, wstrzykiwania odrażające i założenie do pochwy tamponu z gazy jodoformowej w celu usunięcia drażnienia wydzieliną.

W czasie ciąży poleca się również odcięcie kłykcin w okresie, gdy jeszcze skąpo występują. W kilku przypadkach, w których to wykonałem, kłykcin nie powróciły więcej i nie tworzyły się na innych miejscach, pomimo to, że unikałem przyżegania. W razie bardzo znacznych wybujałości w czasie ciąży, staramy się wzrost, ile można, powstrzymać, co się jednak bardzo niedostatecznie udaje. Środków silnie żrących jak: *Acid. nitr. fumans*, *Ac. chromicum* nie poleca się, a użyć można jedynie proszku do posypywania kłykcin *Rp. Summitatum sabinæ subfill. pulv. 4·0 Aluminis usti, Ferri sulph. āā 2·0*, z małym jednak skutkiem.

Na brzegu ujścia cewki moczowej, a częściej w samym ujściu i cewce, wydarzają się narośla uszypułkowane lub szeroko osadzone. zazwyczaj sterzące z ujścia jako ciała stożkowate. żywo czerwone. *Carunculae urethrales*. Wydarzają się one częściej u kobiet starszych i sprawiają znaczne dolegliwości pieczenia i bólu w czasie oddawania moczu, jakoteż przy dotykaniu i chwyтaniu kleszczykami, przy czem łatwo krwawią.

**Leczenie** polega na odcięciu szypułki nożyczkami, a jeżeli brak szypułki na ścięciu narodził się po uchwyceniu ich kleszczykami. Krwawienie powstrzymuje się łatwo, przyeiskając przez 'parę minut kulkę z gazy jodoformowej w miejscu krwawienia.

### Torbiele sromu. *Cystes vulvae*.

**Przyczyny.** Na każdej części sromu mogą wydarzać się torbiele, począwszy od wielkości soczewicy aż do wielkości głowy dziecka. Najczęściej powstają one w przewodzie gruczołu Bartoliniego lub w gruczole samym jako torbiele zatrzymanej wydzieliny, *Retentionscysten*.

**Anatomia patologiczna.** Torbiele w samym przewodzie gruczołu mają, odpowiednio temu, z początku kształt podłużny, a w miarę wzrostu kulisty i bywają zawsze jednokomorowe. Jeżeli zaś powstają, jak to częściej bywa, w samych pęcherzykach gruczołowych (*Acini*) to może być kilka torbieli na zewnątrz budowy guzkowatej, a wewnątrz przez zlanie się ścian ze sobą pozornie podobnych do wielokomorowych.

Umieszczone w dolnej części wargi większej dochodzą wielkości orzecha włoskiego i zawierają treść jasną. lipką. pomiędzy palcami

ciągnącą się w nitki lub surowiczą, jasną lub żółtawą, a nawet ciemno - brunatną.

Bardzo wyjątkowy przypadek opisał Hoening: torbiel gruczołu Bartoliniego sięgał wzdłuż ściany pochwy tak wysoko, że pomieszano go z krwistkiem w zamkniętej połowie pochwy (*Haematocolpos lateralis*) lecz zamiast krwi otrzymano przy punkcji ciecz jasną. Stan taki można odróżnić od krwisteku po tem, że obrzęk, od pochwy ku dołowi spychany, wchodzi głęboko w wargę większą.

Powstawanie i budowa innych torbieli na częściach sromu nie są jeszcze dotychczas zupełnie wyjaśnionemi.

Na skórze warg wydarzają się kaszaki (*Atheroma*) z gruczołów łojowych skóry, dochodzące wielkości orzecha włoskiego, umieszczone w dolnej części warg większych, o treści mazistej. Syme opisał taki obrzęk wielkości wiśni w napletku łechtaczki dziewczynki 8 letniej.

Inne torbiele zdają się być pochodzenia gruczołowego, gdyż bywają wyscielone przybłonkiem wałeczkowym. Bastelberger<sup>1)</sup> i Ziegenspeck<sup>2)</sup> podali kilka przypadków wrodzonych torbieli na błonie dziewiczej noworodków, a powstanie ich wywodzą od zrośnięcia fałdków błony, jakoteż od czopków przybłonkowych, zapuszczających się w tkankę łączną i tam odsznurowanych.

Czy w ogóle w powstawaniu torbieli odgrywają jaką rolę pozostałe przewody (Gärtnerowskie na pewno nie wiadomo, a pochodzenie to można tylko przypuszczać, jeżeli torbiel okazuje skłonność do wzrastania ku miednicy lub pomiędzy pochwą a cewką moczową.

**Rozpoznanie** torbiela gruczołu Bartoliniego jest łatwe, jeżeli uwzględnimy sprężystość, brak bolesności i cechujące umiejscowienie.

**Leczenie** polega na zupełnem wyłuszczeniu całego torbiela, lub na wycięciu kawałka ściany i zniszczeniu reszty przez wytampowanie jamy watą zamaczaną w nalewce jodowej.

### Tłuszczak sromu. Lipoma vulvae.

Tłuszczaki najczęściej występują z warg większych i wzgórka łonowego, lecz wyjątkowo mogą też występować i z wolnego brzegu

<sup>1)</sup> *Archiv f. Gyn.* T. 23. — <sup>2)</sup> Tamże T. 32.

warg małych (Winckel). Mogą one tworzyć obrzęki bardzo znacznych rozmiarów, tak, że w przypadku Stiegelego wynosiła długość tłuszczaka 55 cm. a waga 10 funtów, w przypadku zaś Kocha obrzęk sięgał do kolan, a chora sama dolną część jego obciąła brzytwą.

Budowa ich bywa płatkowatą i okazują bolesność przy ugniataniu a czasem szybko wzrastają, tak, że mogą budzić podejrzenie mięsaka.

**Objawy** wielkiej niewygody w razie wielkiego obrzęku.

**Leczenie** polega na odjęciu.

### Włókniak sromu. *Fibroma vulvae*.

**Anatomia patologiczna.** Włókniaki także najczęściej wydarzają się w wargach większych lecz wyjątkowo i w wargach mniejszych i pod skórą międzykrocza. Podług Kiwiccha, mogą one pochodzić nietylko z tkanki łącznej warg, lecz i z okostnej miednicy

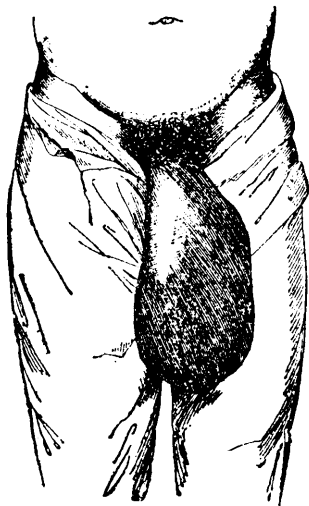


Fig. 21.

Włókniak lewej wargi wielkiej podług Storera (Schröder).

a podług Zielewicza<sup>1)</sup> i z rozciągnięta miednicowego. W przypadku Palaillo na<sup>2)</sup> ogromnych rozmiarów włókniak wargi wielkiej pochodził z okrągłego więzu macicy. Tworzą one zazwyczaj obrzęk okrągławy, dający się łatwo wyłuszczyć z otaczającej go tkanki łącznej. Jeżeli dosięgają znacznej wielkości (znane są wielkości głowy) to skórę warg ciężarem swoim tak wyciągają, że się uszypułkowują (*Fibroma pendulum*) i zwieszają aż do kolan.

Są one zazwyczaj mięśniowłókniakami (*Fibromyoma*) zawierającymi utkanie włókniste z tkanki łącznej podskórnej, a mięsne z mięśni więzu okrągłego macicy (Winckel).

W większych obrzękach zdarzają się przestrzenie torbielowate (*Fibroma cysticum*), z treścią jasną lub krwawą. Bardzo miękkie włókniaki noszą nazwę *fibroma molluscum*.

Bardzo miękkie włókniaki noszą nazwę *fibroma molluscum*.

<sup>1)</sup> *Archiv f. kl. Chir.* T. XXXVIII. 1888. — <sup>2)</sup> *Gaz. méd. de Paris* T. III 1891.

Wzrost ich bywa powolny, w ciąży jednak znacznie się przyspiesza.

Owrodzenia ze zniszczeniem skóry pokrywającej, mogą się przychylić do samoistnego wykluczenia ich, *Eliminatio spontanea* (Scanzoni).

**Leczenie** polega na wyłuszczeniu lub na odcięciu, jeżeli obrzęk jest uszypułkowanym.

Chrzęstniak łechtaczki (*Enchondroma clitoridis*). Znany tylko jeden przypadek Schneevogta. Obrzęk był wielkości pięści, uszypułkowany, na przekroju utkania chrzęstnego z miejscami skostniałymi.

Nerwiak (*Neuroma*) opisał Simpson jako bardzo bolesny guzek w okolicy ujścia cewki moczowej, a Kennedy na wargach małych jako liczne bardzo drobne bolesne twory.

### Rak sromu. *Carcinoma vulvae*.

W porównaniu z rakiem macicy wydarza się rzadko rak sromu, tak, że stosunek ma być jak 10:1 (Gurlt). U nas z pewnością o wiele jeszcze rzadziej, tak, że cyfra Merklego<sup>1)</sup>, który jego częstość, w stosunku do raka macicy, oznacza na 0.6%, jest prawdopodobniejszą.

**Przyczyny** są prawie całkiem nieznanne. Wiek najczęstszego pojawiania się pomiędzy 51—60 rokiem, zatem późniejszy niż dla raka macicy, a wpływ dziedziczności nie da się wykazać. W niektórych przypadkach podawano za przyczynę urazy, jakoteż występowanie zwyrodnienia w poprzednio istniejących naroślach brodawkowych.

**Anatomia patologiczna.** Trzy główne rodzaje raka mogą się na sromie wydarzać, mianowicie: rakowiec (*Cancroid*), rak rdzeniowy (*C. medullare*) i rak twardy (*Scirrhus*).

Rakowiec czyli rak skórny (*Plattenepithelcarinom*) jest najczęstszy i pojawia się w dolnej części jednej z warg wielkich na granicy skóry i błony śluzowej (*Sulcus interlabialis*) a znacznie rzadziej na łechtaczce, w postaci guzków sterczących nad powierzchnię, wielkości od soczewicy do grochu, które po pewnym czasie zaczynają na powierzchni sączyć i wrzodzić, drażąc równocześnie w głąb. Wrzody powstałe mają twardą podstawę, brzegi sine, dno nieczyste i wydzielinę łatwo się rozkładającą, cuchnącą. Z nierównego, rozpadli-

<sup>1)</sup> *Inaug. Diss. München*. 1891.



nowego dna występują później wybujałości brodawkowe. Zwyrrodnienie z upodobaniem szerzy się na błonę śluzową przedsionka, na wargi małe, łechtaczkę, a trudniej na drugą przylegającą wargę przez samo stykanie się. Pomimo rozległego zniszczenia rzadko tylko szerzą się raki ze sromu na pochwę. Dość późno następuje obrzmienie gruczołów w odpowiedniej pachwinie, które po pewnym czasie mogą, skutkiem rozpadu, utworzyć także wrzody rakowe z wybujałościami z dna w postaci grzyba.

Rak rdzeniowy i twardy o wiele rzadsze, pojawiają się również w postaci guzków głębiej w skórze umieszczonych, a do wrzodzenia przychodzi zazwyczaj dopiero, gdy nowotwór znacznie się w powierzchni rozszerzy. Wrzody utworzone mają dno rozpadlinowe.

**Objawy i przebieg.** Początkowe objawy bywają niewybitne i ograniczają się do znacznego świądu. W niektórych przypadkach miał świąd poprzedzać na długi czas pojawienie się guzków rakowych. W innych przypadkach sprawiają guzki silne bóle kłujące, zwiększające się przy tarciu i dotykaniu, przyczem łatwo krwawią. Z okresem rozpadu i szerzenia się, większe dolegliwości idą w parze z charłactwem rakowym, t. j. upadkiem sił, brakiem apetytu, złem trawieniem, zmianą cery, schudnięciem i t. d. Wybitne pogorszenie następuje prawie zawsze po obrzmieniu gruczołów pachwinowych. Zejście (bez operacji) zawsze śmiertelne w przeciągu mniej więcej 2 lat (od pojawienia się guzków) następuje skutkiem wycięcia i rzadziej z przerzutów lub zatoru tętnicy płucnej.

**Rozpoznanie** wobec cechujących zmian i obrzmienia gruczołów rzadko nasuwa trudności, a w przypadkach wątpliwych rozstrzyga badanie drobnowidowe.

**Rokowanie** po największej części złe, gdyż nawet po dokładnem usunięciu miejsc zwyrodniałych i gruczołów często bywają nawroty, a trwale uleczonych przypadków znamy bardzo mało.

**Leczenie** zapobiegawcze polega na odjęciu ze sromu każdej długo istniejącej lub podejrzananej brodawki, stwardnienia, guzka i miejsca sączącego szczególnie u kobiet starszych, a leczenie istniejącego już raka na wycięciu części zwyrodniałych nożem lub nożyczkami o ile to możebnem w tkankach zdrowych i następnem zeszcyciu. Gdzie gruczoły wybitnie powiększone, należy je wyłuszczyć. Nie zawsze jednak obrzmiałe gruczoły są już rakowo zwyrodniałe, albowiem

Winckel spostrzegał całkowite ustąpienie obrzmienia po doszczętnem usunięciu raka warg.

Jeżeli rak szerzy się na lechtaczkę to radzi Winckel odparować ciała jamiste (*Corpora cavernosa*) i przeciąć je pętlą galwanokaustyczną. Gdy operacya jest już niemożliwą, zaleca się, po usunięciu wybujałości, dokładne przyżeganie rozpalonem żelazem lub termokauterem, aby usunąć posoczenie, a następnie używanie środków odrażających, przeciw bólom zaś narkotyków.

### Mięsak sromu. *Sarcoma vulvae*.

Mięsaki wydarzają się tak rzadko, że Gurlt na 483 przypadków mięsaków u kobiet, zebranych przez lat 24, nie widział ani jednego na sromie.

**Przyczyny** są równie niejasne jak dla raka, uderza jednak młody wiek chorych, jak w przypadkach Winckla lat 15 i 17.

**Anatomia patologiczna.** Na sromie może się wydarzyć każdy rodzaj mięsaka. Występują one albo jako nacieki rozlane lub jako obrzęki okrągłe, mogące osiągnąć wielkości głowy i uszypułkować się, *Sarcoma pendulum* (Winckel), lub jak w przypadkach Mayera jako liczne, żywo czerwone, gębczaste obrzęki, od wielkości główki szpilki do orzecha laskowego.

Płaskie nacieki przechodzące w owrzodzenie są bardzo podobne do wrzodów rakowych a obrzęk gruczołów stalszy, wybitniejszy i wcześniejszy niż w przypadkach raka, okazuje rychło skłonność do rozpadu.

**Objawy** podobne jak w raku, lecz złośliwość o wiele wybitniejsza i objawiająca się nietylko bardzo wczesną recydywą możebną i w kilka dni po odjęciu, jak w przypadkach Hildebrandta, Martina i Simona, lecz i przerzutami na otrzewną, więzy okrągłe macicy, jajniki, wątrobę i płuca.

**Rozpoznanie** celem odróżnienia od raka pewne tylko przez badanie drobnowidowe. Uszypułkowane duże obrzęki z powodu płatkowatej budowy i miękkości, pomieszać można z tłuszczakiem.

**Rokowanie** w większej części przypadków bezwzględnie złe, może być wątpliwem tylko w przypadkach odgraniczonych obrzęków uszypułkowanych na zdrowej skórze.

**Leczenie** jak raka. Uszypułkowane obrzęki odcinamy. Simon operował mięsaka 4 razy powracającego.

## Przedarcia sromu i międzykrocza. Rupturae vulvae et perinaei.

Części sromu i międzykrocze mogą uleść przedarcia i zranieniu z rozmaitych przyczyn, jednakowoż chroni je od tego umiejscowienie tak, że przypadki zranienia należą do rzadkości. Jako zależne od różnych przyczyn powstają też i rany rozmaite i w różnych miejscach a leczenie nie może być typowem i w pierwszym rzędzie ograniczyć się musi do tamowania krwotoku, który gwałtownością swoją może życiu bezpośrednio zagrażać. Pod tym względem najniebezpieczniejsze zranienia bywają w okolicy cewki moczowej i łechtaczki. Co do szycia, to zależnem jest ono od zachowania się brzegów rany, które jeżeli są dość równe, zaleca się zawsze, po należytem oczyszczeniu, spoić. Rany zaś głębokie należy wytamponować gazą jodoformową.

Najczęstsze i typowe przedarcia wydarzają się w czasie porodu i dotyczą głównie międzykrocza. Dlatego też przedarcia sromu jako porodowe przedarcia międzykrocza są najważniejsze.

Każde świeżo powstałe przedarcie międzykrocza powinno być zaraz najdokładniej spojone za pomocą szwów, gdyż wówczas, jeżeli się tylko postępuje bezgnilnie i uważa na ścisłe przyleganie należących do siebie powierzchni, istnieją dla rychłozrostu najlepsze warunki. Ponieważ jednak nie wszyscy tak postępują, jakoteż nie każde zeszyte międzykrocze zrasta się, zatem niezrosnięte powierzchnie przedarcia zablizniają się i tworzą tak zwane przedarcie międzykrocza zabliznione czyli zaniedbane.

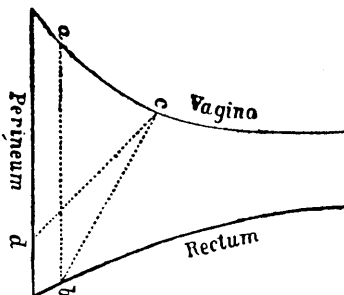


Fig. 22.

Podług Spiegelberga.

Prawidłowe międzykrocze ma na przecięciu kształt klina, którego podstawę tworzy linia poprowadzona od tylnego wędzidełka warg do otworu stolcowego, a dwa boki zbieżne tylna ściana pochwy i przedkowa odbytnicy. Całą tę grubą część trójkąta nazywamy przegrodą, *Septum recto vaginale*.

Międzykrocze może uleść przedarcia w rozmaitej rozległości i dlatego przedarcia dzielimy na trzy stopnie: przedarcie pierwszego stopnia, gdy nie dosięga mięśnia *sph. ani* jak w Fig. 22 ed., przy-

czem linia cd. może leżeć płycej lub głębiej: przedarcie drugiego stopnia, gdy dosięga aż do otworu stolcowego, a przedarcie trzeciego stopnia czyli całkowite albo zupełne (*Ruptura perinaei totalis v. completa*), gdy prócz międzykrocza uległ przedarcie i przodkowy obwód mięśnia *sph. ani* (cb) i zwykle albo najbliższa część odbytnicy lub na kilka cm. w górę.

Linia przedarcia rzadko kiedy przebiega samym środkiem, a to z tego powodu, że w pochwie rząd marszczek (*Columna rugarum*) a na międzykroczu szew (*Raphe*) tworzą części najodporniejsze. Przedarcie zatem w pochwie najczęściej przebiega obok *columna rugarum*, którą znajdujemy najczęściej oddartą od swej podstawy, gdy na międzykroczu to odśrodkowe położenie przedarcia bywa mniej wybitnem.

**Objawy i przebieg.** Nieuwzględniając tej okoliczności, iż świeże przedarcia porodowe mogą odgrywać ważną rolę w zakażeniu, to nawet przedarcia 3go stopnia, prócz uczucia pieczenia i bólu, nie sprawiają od razu dolegliwszych objawów. Jeżeli jednak uwzględnimy, że przedarcie międzykrocza, to nie tylko przedarcie skóry, lecz że ulegają przedarcie *fascia perinaei superficialis, m. constr. cunni, transversus perinaei superf. et prof.*, a w przedarciach 3go stopnia i *sph. ani* to pomimo braku dolegliwych objawów początkowych, liczyć na to można, iż się one z biegiem czasu wytworzą.

Przedarcia 1go stopnia bywają najczęściej dobrze znoszone. W przedarciach 2go stopnia często następuje zrost w najniższej części rany, czemu sprzyja spokojne leżenie chorej na wznak. Górna jednak część rany prawie nigdy nie zrasta się bez spojenia, gdyż oderwana *columna rugarum* zazwyczaj układa się pomiędzy powierzchnie rany i uniemożliwia przyleganie części do siebie należących (Küstner)<sup>1)</sup>. Powstałe zatem dwie trójkątne niesymetryczne powierzchnie rany zbliżniają się i wskutek działania mięśni *transv. perinaei*, z biegiem czasu rozstępują się i rozplaszczają, tak, że tylną granicę szpary sromowej tworzy tylko blizna rozmaitej grubości, przylegająca do *sph. ani*. W ten sposób mogą wystąpić objawy niedomykalności sromu (*Insufficiencia vulvae*), polegające na trwałem rozwarciu dolnej części szpary sromowej i sterczeniu w niej w postaci poprzecznego wału dolnej części przodkowej ściany pochwy, która, stra-

1) *Volkman, Samml. klin. Vortr. Neue Folge Nr. 42.*

ciwszy podporę, obniża się przez poługowe zgrubienie i ciężar wypełnionego pęcherza moczowego.

Dawniej przypisywano zaniedbanemu przedarcie międzykrocza zbyt wielkie znaczenie w etyologii wynicowania pochwy i wypadania macicy. Tak jednak stanowczo nie jest, gdyż w większej liczbie przypadków zupełnego opadu znajdujemy międzykrocze całe. Stałe jednak rozwarcie sromu naraża go jakoteż i pochwę, na szkodliwości zewnętrzne jak drażniące i wysuszające działanie powietrza i kurzu, czego następstwem bywa trudny do uleczenia i stale powracający nieżyt z obfitą wydzieliną, jakoteż dolegliwości w czasie chodzenia i siedzenia, oraz uczucie parcia ku dołowi. Przedarcie może być także przyczyną niepłodności, co tłumaczymy niemożebnością zatrzymania nasienia w pochwie.

Przedarcie 3go stopnia towarzyszy niemożebność powstrzymania wiatrów i płynnych części kału, zatem mimowolne ich oddawanie, podczas gdy stałe części kału zawsze powstrzymuje 3ci zdziergacz rzyci (*Sph. ani tertius*). Prócz objawów nieżyty pochwy pojawia się i nieżyt dolnej części odbytnicy z gęstą, śluzgą i drażniącą wydzieliną, z obrzmieniem błony śluzowej odbytnicy, a czasem i takim jej wynięciem, że żywo zaczerwieniona występuje w szparze przedarcia.

**Rozpoznanie** zaniedbanego przedarcia międzykrocza jest łatwe, rozpoznanie atoli przedarcia *sph. ani*, pomimo podawanych przez chorą niewątpliwych objawów, może ulegać pewnym trudnościom, szczególnie gdy otwór stolcowy przylega ściśle do silnie wytworzonej blizny tak, że wsunięciu palca stawia pozornie prawidłowy opór. W przypadkach nie bardzo zadawnionych można prawie zawsze z boków i przed otworem stolcowym dostrzedz dwa symetryczne blade różowe punkta, odpowiadające przecięciu pęczka mięśnia *sph. ani*, które później zaciągając się tworzą dołeczki. W niektórych przypadkach nawet ściśle przyleganie tłustych pośladeków może maskować właściwy stan rzeczy. Niewątpliwym zatem objawem jest natychmiastowy odpływ cieczy wstrzykiwanych w odbytnicę tak, iż się nawet mała ilość w niej nie zatrzymuje.

**Leczenie** ma na celu przywrócenie za pomocą operacji, o ile można, prawidłowych stosunków (*Perinaeorrhaphia*, *Perinaeoplastica*, *Perinaeosynthesis*, *Episiorrhaphia*, *Episioplastica*). Główną zasadą jest właściwe odświeżenie i zeszytanie odświeżonej powierzchni w takiej postaci, aby nietylko zeszyt co przedarte, lecz i uformować gruby klin, jaki tworzy międzykrocze.

Jako typ pewnych metod służy Simona *trianquläre Anfrischung*, którą to metodę zmodyfikowali i udoskonalili Schröder, Kaltenbach i Hegar.

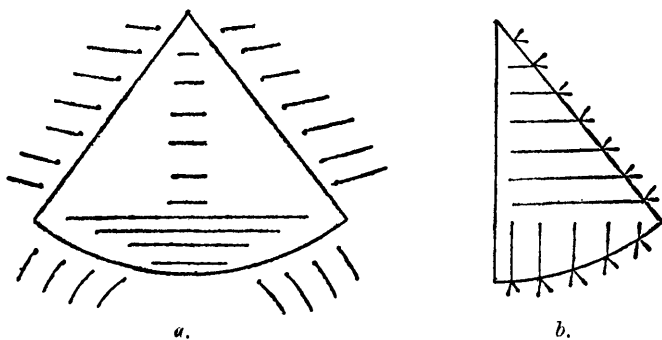


Fig. 23.

Równoramienny trójkąt odświeżenia (fig. 23 a.) sięga w pochwie przynajmniej na centymeter wyżej niż blizna, a łukowata podstawa sięga końcami poniżej dolnej granicy warg małych. Jeżeli sobie ten trójkąt wyobrazimy złożonym na dwie połowy, to utworzy się przez to taki klin (Fig. 23 b.) jaki tworzy prawidłowe międzykrocze, a szwy łączące ze sobą ramiona trójkąta przypadną w pochwie, łączące zaś obie połowy podstawy, na międzykroczu świeżo utworzonym, czyli przedłużonym.

Prawie wszystkie modyfikacje tej metody odnoszą się do zmniejszenia napięcia brzegów, pomimo szerokiego odświeżenia, a zarazem do wytworzenia poza wędzidełkiem owego zagłębienia, czyli załamania, jakie okazuje prawidłowa pochwa. Dlatego też wszyscy operatorowie czynią ramiona trójkąta albo tylko wklęsłymi, albotęż kątowato załamaniami. (Fig. 24). Położenie górnego kąta odświeżenia zawisło wyłącznie od wysokości przedarcia czyli blizny, tak, że gdy prze-

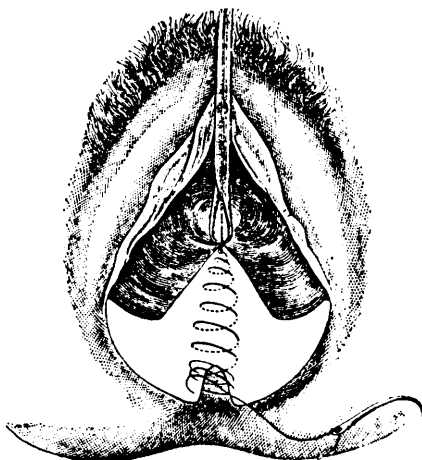


Fig. 24.

Odświeżenie podług Schrödera.

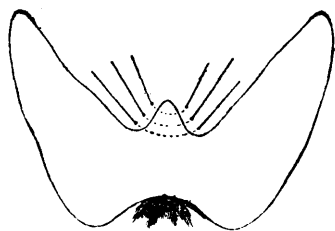


Fig. 25.  
Odświeżenie podług Hegara.

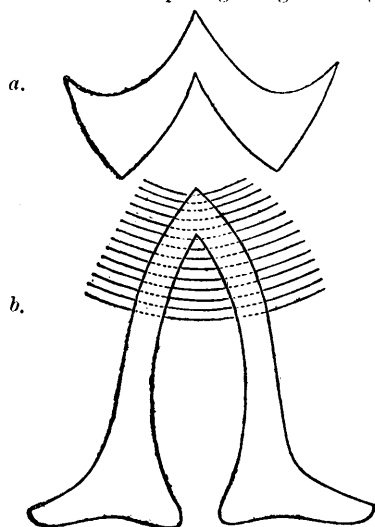


Fig. 26.

żebnem jest spojenie części do siebie należących. Dlatego też czyni on odświeżenie zależnem od kształtu blizny, okrawając ją dokoła równolegle do jej brzegów jak w Fig. 27. 1., gdzie *oo* oznacza kształt blizny. W ten sposób bowiem unika się zbyt dużego odświeżenia. Po odświeżeniu zeszywa on naprzód odświeżone brzegi odbytnicy i *sph. ani* (Fig. 27 2. xy), następnie brzegi kawałków *bb*. ze sobą (Fig. 27 3. oq) poczem powstaje taka rana, jak w Fig. 27 3., której brzegi *py*. i *zy*. spaja szwami.

Walker poszedł w oszczędzaniu części nieprzedartych jeszcze dalej, gdyż nie tworzy przez odświeżanie żadnej typowej figury, lecz wycinając wyłącznie tylko samą bliznę, tworzy każdym razem, stosownie do danych warunków, inną postać odświeżenia. Jeżeli odświeżenie wypadnie za małym, to powiększa je nie przez wycinanie

darciem nie sięga wysoko w pochwę, wystarcza takie odświeżenie jak w Fig. 25 t. z. nizkie w środku, a pomimo to połączone z utworzeniem szerokiego międzykrocza.

Jeżeli jest przedarcie 3go stopnia, to w dolnym brzegu odświeżenia miejsce przedarcia *sph. ani* tworzy płytszą lub głębszą lukę (Fig. 24), stosownie do tego, czy sięga w pochwę nisko lub wysoko, a wtenczas i kształt odświeżonej powierzchni zmieni się jak w figurze 26 a. lub staje się wreszcie takim jak w Fig. 26 b., gdzie długie ramiona obejmują szczelinę pochwowo - odbytnicową. W przypadkach zatem całkowitego przedarcia, przybywa do szwów dwóch boków, t. j. do pochwowego i międzykrocznego, jeszcze szew trzeciego boku, t. j. odbytnicy.

Metoda Freunda polega na tej bardzo logicznej zasadzie, aby przez odświeżenie stworzyć o ile można taką ranę, jaka powstała tuż po przedarciu, gdyż tylko wówczas mo-

lecz przez rozciągnięcie brzegów rany odświeżonej i w ten sposób tworzy przejście do metod, które już znacznie wyrugowały poprzednio opisane, mianowicie do leczenia przedarcia bez ubytku utkania.

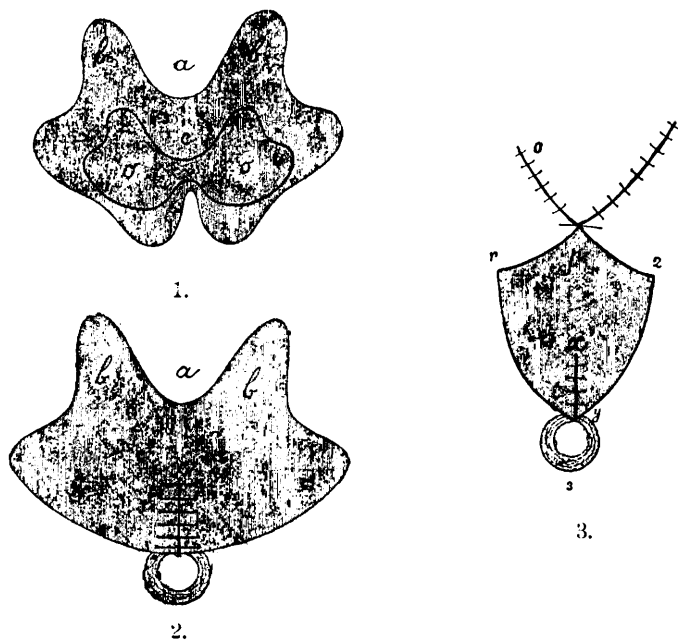


Fig. 27.

Odświeżenie i spojenie metodą Freund'a.

F r i t s c h bardzo słusznie podnosi tę zasadę, że gdzie istnieje już ubytek, tam się go przez odjęcie utkania, konieczne przy odświeżaniu rany, powiększać nie powinno. Skierowanie operacji na nowe drogi zawdzięczamy już dawniejszym usiłowaniom B. Langenbecka i Simpsona, a nowszym Lawson Taita, Sängera, Fritscha i Küstnera. Główną zasadą tego odmiennego postępowania jest nie odejmowanie utkania, lecz rozcięcie w kierunku poprzecznym a spojenie w kierunku prostym, po dostatecznym podminowaniu płatów, czyli rozszerzeniu rany (*Lappenoperation*).

Z różnych metod najzrozumialszą i najłatwiejszą w wykonywaniu jest metoda Lawson-Taita, ulepszona przez Sängera<sup>1)</sup>. W środku

<sup>1)</sup> Volkmann. Samml. kl. Vortr. Nr. 301.



między otworem stolcowym a brzegiem blizny prowadzimy cięcie poprzeczne (Fig. 28 de) tak, aby końce jego przypadły nieco na zewnątrz od linii prostopadłej, pociągniętej od dolnego uczipienia warg małych. Od końców tego cięcia prowadzimy dwa cięcia prostopadłe *ad*, i *bc*, wbijając koniec nożyczek w głąb utkania, przez co tworzymy płat kształtu litery U, który pod kontrolą dwóch palców wsuniętych w kışkę stolcową od podstawy odpreparowujemy i to najwygodniej nożyczkami. Płat ten, kureząc się, przybiera postać *abc*.

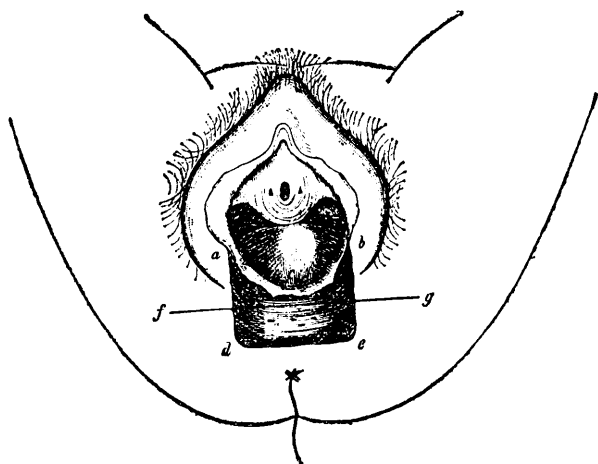


Fig. 28.

Powstałą odświeżoną powierzchnię spajamy szwami drutowymi, obejmującymi całą podstawę rany, a po zakręceniu ich dodajemy parę szwów skórnych jedwabnych celem lepszego przylegania samych brzegów i mamy teraz bardzo szerokie międzykrocze bez ubytku utkania.

Jeżeli zaś istnieje zupełne przedarcie międzykrocza, to prostopadłe cięcia przedłużamy ku dołowi tak, że mają razem postać litery H; odpreparowujemy w ten sam sposób i dolny płat i dodajemy jeden szew drutowy, srebrny, odpowiadający miejscu przedartego *sph. ani*. Operacja ta nader prosta i w wykonaniu łatwa posiada jeszcze w dodatku zupełną pewność wyniku.

F r i t s c h prowadzi cięcie poprzeczne na granicy pochwy i przedartego otworu stolcowego i postępując w głąb rozdziela zupełnie pochwę od kışki stolcowej aż powyżej przedarcia tej ostatniej, choćby

ono jak najwyżej sięgało. Następnie po zupełnem oddzieleniu przedłuża końce poprzecznego cięcia międzykroczka ku dołowi aż do linii przecinającej poprzecznie otwór stolcowy i w ten sposób odcina od otoczenia te okolice, w których leżą zaciągnięte końce przedartego *sph. ani*. Uczyniwszy to wbija zakrzywioną igłę tak głęboko, aby na pewno ująć oba końce przedartego mięśnia i tak utworzoną pętlą, zbliżając ją do siebie, ściąga odbytnicę ku dołowi, przyczem przedarte jej brzegi same się do siebie przykładają i zostają spojone szwami katgutowymi, które błony śluzowej kiszki nie ujmują. W ten sam sposób spaja brzegi przedartej ściany pochwy osobno, ujmując szwami 1 — 1·5 cm. utkania, a po zeszyciu w ten sposób obu przewodów pozostaje jeszcze spojenie brzegów pochwy i międzykroczka. Oddzielenie obu przewodów od siebie, zeszyicie osobno i utworzenie w ten sposób międzykroczka. uzmysławia Fig. 29.

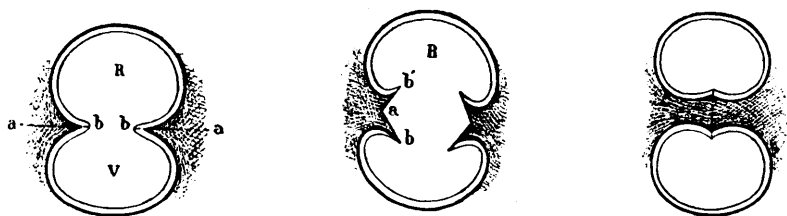


Fig. 29.

Do opisu przeważnie używanych operacji zaniedbanego przedarcia międzykroczka nie mamy wiele do dodania, prócz tego, że tylko ściśle bezgnilne postępowanie i ściśle przyleganie do siebie powierzchni są najważniejszymi warunkami rychłozrostu. Jako materiału do szycia używa się jedwabiu, katgutu, *fil do Florence* i drutu. Operując sposobem trójkątnego odświeżenia rany, szwy jedwabne, jak już wspomniano, muszą spoić trzy boki, mianowicie bok od kiszki stolcowej, następnie pochwy, a w końcu międzykroczny (Fig. 30), przyczem jak najgłębiej zakładamy szwy pochwowe, a płytko dwa drugie, z których stolcowe zawiązujemy w odbytnicy i pozostawiamy wyropieniu.

Modyfikacją bardzo ważną i szycie ułatwiającą jest wprowadzenie przez *Brösego* zagłębionego szwu ciągłego (*Versenkte fortlaufende Naht*). Do tego szwu używamy wyłącznie katgutu tak przyrządzonego, aby przed upływem 8 dni nie uległ wessaniu, zatem *Juniperus catgut* lub sublimatowego. *Schröder* używał wkońca wyłącznie tylko

tego szwu i to jako szwu piętrowego (*Etagennaht*). Sposób szycia uwidocznia Fig. 24. Zaczynamy szyc w głębi rany naprzód szczerelinę odbytnicową, spajając ze sobą tylko błonę śluzową odbytnicy

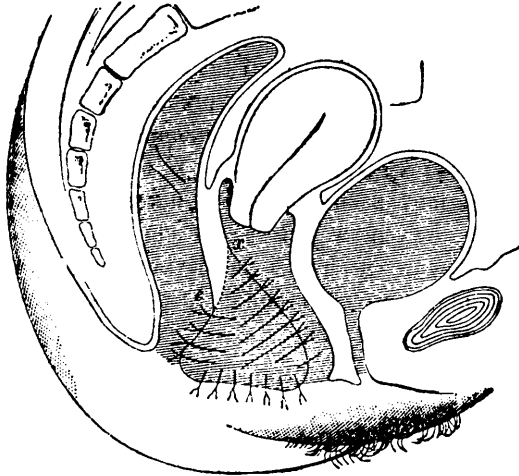


Fig. 30.

zrosnięcia się i *sph. ani* zaleca się spoić go osobno drutem srebrnym, gdyż działanie gazów może sprawić rozstąpienie brzegów tylko katgutem spojonych.

W operacjach płatowych Lawson Taita-Sängera wyłącznie używamy doskonałego drutu srebrnego Schedego, odznaczającego się wielką podatnością.

Leczenie następowe polega na zapruszeniu oczyszczonej powierzchni jodoformem, dermatolem, aristolem lub na pomazaniu zeszytej skóry kolodyonem i na założeniu na zeszytą ranę pochwy wąskiego skrawka gazy jodoformowej. Nogi w kolanach związuje się tylko niespokojnym chorym na 6—8 dni, a od wszelkich wstrzykiwań do pochwy najlepiej wstrzymać się gdyż ciecze zatrzymujące się w pochwie, utrudniają rychłozrost.

Czy po operacji unikać należy wczesnego wypróżnienia kiszek, czy też nie zwracać na to uwagi, jest sprawą, co do której różne panują zapatrywania. W każdym razie kwestya ta jest o wiele obojętniejszą dla metod płatowych, niż dla tych, w których się większe powierzchnie odświeża. To też tu jedni polecają podawanie makowca, aby wypróżnienie odwlec na 8—10 dni po operacji, a w razie

silniejszego napierania gazów polecają wsunięcie niegrubej rurki gumowej, gdy Schröder twierdzi, że wczesne wypróżnienie nie zagraża dobrze zeszytej ranie, która mogłaby doznać większej szkody od twardych kawałków kału późno oddawanego.

Szwów katgutowych całkiem nie wyjmujemy, a jedwabne lub druciane dopiero około 14 dnia, jeżeli brzegów nie przecięły; należy jednak zwracać uwagę, czy z otworków szwów nie wydobywa się ropa i często je zapraszać. Przez pierwsze 5 — 6 dni najlepiej pęcherz 3 razy dziennie wypróżniać cewnikiem.

### Świąd sromu. Pruritus vulvae.

W rozdziale o zapaleniach sromu podnosiliśmy już, iż jednym z najwybitniejszych objawów bywa świąd. Jeżeli mu jednak w dziełach ginekologicznych zwykle osobny poświęca się rozdział, to dlatego, że bywa objawem najdokuczliwszym. wymagającym, bez względu na przyczynę, natychmiastowej ulgi, a następnie, że występuje dość często jako cierpienie o tyle samoistne, że wywołujących go zmian wysledzić nie można.

**Przyczyny** tego cierpienia bywają rozmaite, j. t. drażniące wydzieliny, wywołujące zadrażnienia błony śluzowej przedsonka i skóry warg, wymienione w rozdziale o zapaleniach sromu. Dalsze przyczyny są: przewłoczne zapalenia macicy i pochwy, pomimo braku wydzieliny drażniącej, oraz nawał krwi do części płciowych towarzyszący miesiączkowaniu i ciąży, w której świąd pojawia się w początku i w końcu. W niektórych przypadkach poprzedza on na kilka dni pojawienie się regularności lub występuje silnie w okresach, w których miałyby się ona pojawić u kobiet w wieku zwrotu płciowego (*Climacterium*). Hilderbrandt podnosi jako przyczynę wywołującą nawał krwi i świąd, używanie napojów wysokowych. Do zastoin żylnych odnosimy świąd towarzyszący krwawnicom (hemoroidy), dłuższemu zatrzymywaniu moczu i zatwardzeniom.

Z ogólnych przyczyn najważniejszą jest moczówka cukrowa. Świąd towarzyszący jej tłómaczą jedni bezpośrednio działaniem moczu, zawierającego cukier, i rozmnożeniem się grzybków na zamoczonych miejscach, inni wspominają o znajdowaniu się licznych grzybków bez towarzyszącego świądu, a odnoszą ten ostatni do przyczyny ogólnej, wywołującej świąd i na innych częściach ciała.

Wreszcie wydarzają się przypadki, w których żadnej z wymienionych przyczyn nie znajdujemy.

Jakkolwiek świąd wydarza się w każdym wieku to jednak z wybitnym upodobaniem występuje u kobiet po 35 roku życia.

**Anatomia patologiczna.** Zmiany dostrzegane na sromie występują często równocześnie jako przyczyna i jako skutek świądu lub też jedynie jako następstwo drapania i tarcia.

We wczesnym okresie znajdujemy zatem na wargach wielkie ślady zdrapania przysórką, zaczerwienienia, a na błonie śluzowej przedstonka miejsca czerwone, lśniące, pozbawione przybłonka, wargi zaś małe lekko obrzękłe.

S c h r ö d e r podnosi, jako zmiany najczęściej towarzyszące świądowi, obfite drobne nitkowate wybujałości brodawkowe i żółte pęcherzyki, pochodzące z wydzieliny zatrzymanej w gruczołkach łojowych.

Po dłuższym trwaniu, a zatem po dłuższym drażnieniu, przybiera srom wejrzenie prawie swoiste. Skóra warg ołowiano-szara, jakby mąką posypana, traci sprężystość, staje się suchą i tworzy wałki jakby kauczukowe (S c h r ö d e r).

**Objawy i przebieg.** Umiejscowienie świądu najczęściej podają chore w okolicy łechtaczki, przylegającej części wzgórka łonowego i górnej części warg wielkich. Często jednak rozszerza się on i na wejście do pochwy, a rzadziej na międzykrocze i otwór stolcowy.

Świąd nigdy prawie nie trwa ciągle, lecz występuje chwilami i z rozmaitem natężeniem. Najczęściej i najdotkliwiej występuje w chwilę po położeniu się do łóżka i ogrzaniu ciała. Kiedy indziej wywołuje go siedzenie na miękkim stołku lub chodzenie i tarcie sukien albo zwilżenie moczem. W najwyższym stopniu trwa z małemi przerwami prawie ciągle, jako cierpienie tak dokuczliwe, iż żadna z chorych nie może się oprzeć drapaniu i tarcia dopóty, dopóki ból wywołany nie zagłuszy swędzenia, bez względu na to, że, pomimo chwilowej ulgi, cierpienie się znacznie pogarsza.

Niebezpiecznym bywa świąd połączony z pożądlivością płciową, gdyż często prowadzi do samogwałtu.

**Rozpoznanie** polega na wykryciu właściwej przyczyny. Dlatego bardzo się zaleca w każdym przypadku świądu badanie moczu na cukier.

**Rokowanie** zawisło od przyczyny i najczęściej jest dobrem. Najgorszem jest wówczas, gdy świąd pochodzi od moczówki cukro-

wej, gdyż w takich razach trwać on może aż do końca życia, będąc przedmiotem bezustannych skarg chorych i mało skutecznego leczenia.

**Leczenie.** Świąd sromu jest objawem, który tak gwałtownie domaga się natychmiastowego usunięcia, że uważamy za rzecz stosowną podać naprzód te sposoby leczenia, które skierowane są przeciwko niemu, bez względu na wywołujące go przyczyny. Prawie swoisto działającym środkiem jest kwas karbolowy w roztworze 3 — 10%, którym cały srom, po dokładnem zmyciu, obficie pędzelkujemy aż do zbielenia skóry i błony śluzowej. Pieczenie nawet dotkliwie znoszą chore dobrze, a jednorazowe przypędzelkowanie często na parę dni wystarcza. Większa część przypadków może być uleczoną kilkurazowem użyciem karbolu. Leczenie to bardzo popierają przynajmniej dwa razy dziennie brane kąpiele nasiadowe z dodatkiem potażu (*Kali carb. crud. 5 — 10 gr.* na 1 litr wody). Temperatura tak kąpiele jak i wstrzykiwań zależy od tego, czy zimniejsza, czy cieplejsza woda więcej chorym ulgi przynosi. Chłodne lub tylko letnie kąpiele bywają lepiej znoszone.

Jeżeli chore więcej doznają pieczenia niż swędzenia, to dobrze działają pędzelkowania 4% roztworem azotanu srebrowego. W przeważnie większej części przypadków środki te wystarczają jeżeli dodamy do tego i leczenie skierowane przeciw przyczynom, uwzględniając przytem dietę niepodniecającą, usunięcie napojów wysokowych, a w niektórych przypadkach pożywienie wyłącznie roślinne i mleczne, oraz uregulowanie wypróżnień.

W moczówce cukrowej usunięcia świądu można tylko spodziewać się po stosownej diecie i leczeniu w Karlsbadzie.

Prócz powyżej podanych środków szereg innych jest bardzo liczny, wszystkie jednak są mniej pewne. Seanzoni poleca: *Rp. Chloroformii 3,0 Ol. amygd. 30,0* do pędzlowań. Seanzoni i Veit: alun w roztworze, a do posypywania i do tamponów z cukrem. — Weston i Martin wyskokowy roztwór smoły (*Pice nigra 4:30*). — Winkel sublimat 1‰. — Zweifel roztwór kokainy. — West *Rp. Natri boracici 15,0 Morph. mur. 0,50 Aq. rosar. 300,0* do okładów. — Campe prąd galwaniczny słaby z anodą na błonę śluzową przedsionka, a katodą na wszystkie miejsca skóry. W bardzo uporczywych przypadkach bywa polecany *lapis in substantia*, a Braun poleca kwas karbolowy w różnych częściach z wyskokiem.

Jeżeli bardzo uporczywy świąd ogranicza się do małego miejsca sromu lub do jednej wargi, co rzadko się zdarza, to pozostaje nam jeszcze jeden środek skuteczny w wycięciu tego miejsca lub odcięciu

wargi, co Schröder<sup>1)</sup> z pomyślnym skutkiem wykonał w 4 przypadkach.

### Ból ogoźny. Coccygodynia.

Nazwą tą oznaczamy ból ograniczony do kości ogonowej i najbliższej okolicy.

**Przyczyny.** Występuje przeważnie u kobiet, które rodziły, a szczególnie po porodach kleszczowych. Wpływ ciężkich porodów tłómaczymy znacznem odgięciem kości ogonowej ku tyłowi i naprężeniem uczipiających się mięśni *m. coccygeus*, *levator*, *sph. ani* i włókien *m. gluteus maximus* oraz *nerv. coccygeus*. Scanzoni znajdował w przypadkach bólu ogoźnego kość ogonową niezwykle długą, zatem i odgięcie musiało być niezwykle wielkiem. Że zwichnięcie kości ogonowej nie odgrywa wielkiej roli, świadczy częstość tego zwichnięcia (Hyrtl podaje 18%) wobec rzadkości bólu ogoźnego. Gräfe<sup>2)</sup> cytuje 6 przypadków, po całkiem lekkich porodach, a z tych w 4ch ból wystąpił już w ciąży i przypisuje powstanie uciskowi na *plexus coccygeus*.

Ból ogoźny może powstać i po upadnięciach na twarde przedmiot okolicą kości siedzeniowej i jak podaje Scanzoni skutkiem jazdy konnej, choć obie jego pacjentki niedawno przedtem rodziły.

Simpson podaje zaziębienie jako przyczynę. W braku innych przyczyn bywają choroby macicy i jajników posądżane o to, iż to cierpienie wywołać mogą.

**Anatomia patologiczna.** Zmiany anatomiczne mogą być bardzo wybitne lub też może ich zupełnie nie być. Mogą zatem istnieć ostre objawy zapalne około kości ogonowej z zacerwienieniem i ropieniem (*Caries*), bardzo wybitna ruchomość kości albo zbaczanie ku jednej stronie (Scanzoni).

**Objawy i przebieg.** Najstalej występuje ból podczas siedzenia i wstawania, a czasem trwa ciągle podczas siedzenia, tak, że chore dla ulżenia sobie siedzą na jednym pośladku. Również i w czasie oddawania twardego kału a czasem i w czasie spółkowania występuje ból, a zatem przy jakiegokolwiek czynności mięśni uczipiających się na kości ogonowej. Od lekkiego bólu, na który uskarżają się chore po łożu, może się on potęgować do najwyższego stopnia.

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XI, str. 387. — <sup>2)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XV, str. 344.

Okolica stawu krzyżowo ogonowego jest przy dotykaniu prawie zawsze bolesna, jak również i tylna powierzchnia kości ogonowej, gdy przodkowa mniej. Bardzo znaczny ból występuje stale w czasie każdorazowej próby odgięcia kości ku tyłowi zapomocą palca wsuniętego w odbytnicę.

Ból ogoźny jest cierpieniem bardzo uporczywym, a uleczony łatwo powraca.

**Rozpoznanie** jest z opisanych cech łatwym.

**Rokowanie** co do zupełnego uleczenia bywa w przypadkach cięższych wątpliwem.

**Leczenie** w świeżych przypadkach, z objawami zapalnymi, polega na zupełnym spokoju w ułożeniu jakie chorym jest najdogodniejszym i na stosowaniu okładów zimnych, pijawek, oraz na dbaniu o wolne wypróżnienia.

W przypadkach przewłoczných zachwala Scanzoni wstrzykiwania podskórne morfiny, a M. Gräfe stósowanie prądu przerywanego, jeżeli przypuszczamy nerwową przyczynę.

W przypadkach ciężkich, uporczywych, polecał Simpson podskórne przecięcie wszystkich mięśni uczepiających się na kości ogonowej lub po jednej tylko stronie. Ważnem ma być przecięcie włókien mięśnia *gluteus maximus*. W przypadkach, gdy i to nie pomagało, jako jedyne wyjście polecał Simpson i z dobrym skutkiem wykonał wycięcie całej kości ogonowej lub dolnej części, obnażając kość podłużnem przecięciem skóry. W ten sposób uleczone przypadki opisali również Nott, Amann i Plum.





## ROZDZIAŁ TRZECI.

---

# Choroby pochwy.

---

Rozwój płodowy pochwy, powstającej z tych samych części płodowych co macica i trąbki, nie da się w żaden sposób opisać oddzielnie od tych dwu narządów i dlatego wspólnie się nimi w niniejszym rozdziale zajmujemy.

U trzechtgodniowego płodu zupełnie jeszcze nie spostrzegamy jakiegos narządu właściwego płci. Dopiero później uwidoczniają się po wewnętrznej i przodkowej stronie ciał Wolffa gruczoły płciowe (późniejsze jądra lub jajniki) i przewody Müllera, które, jeżeli płć ma być męzką, zanikają, jeżeli zaś żeńską, służą do utworzenia trąbek, macicy i pochwy.

Przewody Müllera z początku pełne (powrózki Müllerskie) a później rurkowate, w górze najwięcej od siebie oddalone, zbliżają się w dole coraz bardziej i każdy z osobna kończy się ślepo, dopóki nie spotka się z kloaką (Fig. 31). Następnie przylegają do siebie jeszcze ściślej i tworzą, w końcu 2go miesiąca, zewnątrz jedno ciało, a wewnątrz okazują jeszcze przegrodę (Fig. 32), która dopiero w końcu 3go miesiąca zanika (Fig. 33), tak, że teraz przewody Müllera tylko w górnej trzeciej części, t. j. tej, z której tworzą się trąbki, pozostają stale rozdzielone.

Ściślejczy rozdział tego wspólnego przewodu na trąbki, macicę i pochwę zaczyna się dopiero od 5go miesiąca. Prócz zmian w utkaniu i położeniu naturalną granicą, gdzie trąbki się kończą, a zaczyna

macica, jest miejsce uczepienia się więzu Huntera, czyli późniejszego okrągłego więzu macicy. Granica ta jest w przypadkach wad utworowych bardzo ważną dla anatomicznego ocenienia, co uważać należy za trąbki a co za macicę. Wszystko bowiem, co leży po stronie wewnętrznej więzu, będzie macicą (rogiem macicznym) a to co po stronie zewnętrznej trąbką.

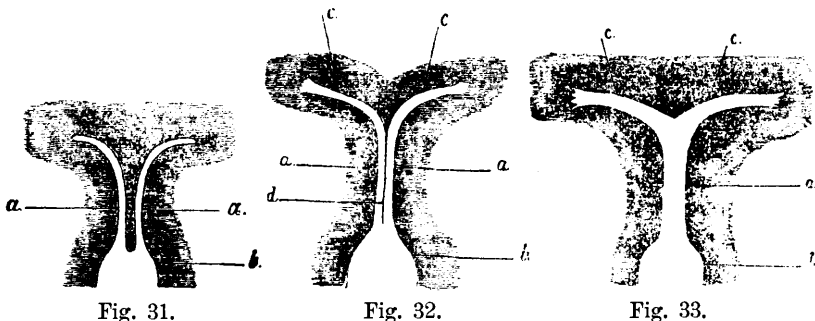


Fig. 31.

Fig. 32.

Fig. 33.

a. Przewody Müllera — b. Kloaka (późniejszy *Sinus urogenitalis*). — c. trąbki. — d. przegroda. Podług Müllera.

Z środkowej części przewodów Müllera tworzy się macica. Już w końcu 3go miesiąca uwidoczni się fałd, jako przyszły zawiązek części pochwowej (Fig. 34). Utworzona jest zatem i dolna granica macicy przez przyszłą część pochwową, która się dopiero w ostatnim miesiącu życia płodowego wykształca.

Zupełne wykształcenie się szyi macicznej wyprzedza bardzo znacznie wykształcenie się ciała macicy, tak, że u płodów i u dzieci szyja nie tylko jest o wiele grubsza niż ciało, lecz i dwa razy dłuższą, a fałdy jej błony śluzowej (*Arbor vitae*) sięgają aż do samego dna macicy. Wzrastanie zaś ciała macicy poczyna się (po kilkunastoletnim uspieniu) dopiero w okresie rozwoju płciowego, a kończy się około 20go roku życia, tak, że ściany jej grubieją, jama staje się trójkątną, a ciało macicy okazuje dwa razy większą długość niż szyja.

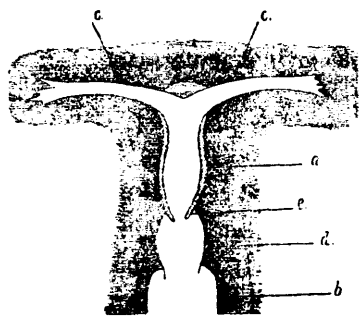


Fig. 34.

a. macica — b. części płciowe zewnętrzne — c. trąbki — d. pochwa — e. część pochwo-maciczy. Podług Müllera.

Fałd będący zawiązkiem części pochwowej tworzy zarazem górną granicę pochwy (Fig. 34 e.), a w 6 tygodni później (początek 19-go tygodnia) zaczyna się odznaczać na granicy pochwy i przedsionka wystająca listewka tylnej ściany pochwy, jako przyszła błona dziewicza (*Hymen*), która obustronnymi fałdami bocznymi uczepia się do brzegu ujścia cewki moczowej. W ten sposób utworzoną jest i dolna granica pochwy, początkowo tworzącej krótki woreczek o gładkiej błonie śluzowej, który następnie szybko wzrasta w długości, a błona śluzowa układa się w poprzeczne bardzo liczne fałdy, wzajemnie w siebie wchodzące.

Ściany pochwy nie są jednakowej długości. Henle podaje długość tylnej ściany na 7 cm. a przodkowa ma mieć o 13—20 mm. mniej. Przez wyciągnięcie przedłużyć się może przewód pochwy do 11—14 centymetrów. Ściana przodkowa pochwy jest o wiele grubsza niż tylna, a na zwłokach ściany w sklepieniach najcieńsze mają grubość 2 milimetrów. Co do szerokości, to powszechnie przyjętem było mniemanie, że pochwa najszerszą jest w sklepieniach. A. Mars<sup>1)</sup> wykazał jednakże, że dotyczy to tylko pochw dzieci i dziewcząt, a u kobiet, które rodziły, a wybitniej jeszcze u kobiet wiekowych, pochwa jest najszerszą w dolnej części. Co się tyczy położenia pochwy, to jest ona umieszczoną w ten sposób w miękkich częściach dna miednicy, że wewnętrzny jej koniec sięga nieco tylko powyżej wchodu miednicy, zatem nie przebiega ona w osi miednicy, jak to sobie mylnie wyobrażano, lecz oś tę przecina.

## **Wady utworowe pochwy.**

### **Zupełny brak pochwy. Defectus vaginae.**

Przewody Müllera zanikają zupełnie, tak, że w miejscu pochwy mogą być tylko pasemka tkanki łącznej. Brak pochwy, choć nie zawsze, najczęściej idzie w parze z brakiem lub też ze szczątkowym rozwojem macicy, gdy zewnętrzne części płciowe mogą być dobrze rozwinięte.

### **Częściowy brak pochwy, czyli częściowe wrodzone zarośnięcie pochwy. Atresia vaginae congenita.**

Może być wykształconą tylko górna część łączonych przewodów Müllera, lub też tylko dolna, a reszta,

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski. 1888. Nr. 2.

której brak, zastąpiona tkanką łączną. W pierwszym przypadku część pochwy, przylegająca do części pochwowej macicy, kończy się od dołu wyżej lub niżej ślepo, a w drugim przypadku po za błoną dziewiczą istnieje dolna część pochwy wyżej lub niżej ślepo się kończąca.

Wydarzają się przypadki, gdzie istnieje dolna i górna część pochwy a brak części środkowej. W miejscu brakującej części znajduje się albo grubsza warstwa rozdzielająca od siebie utworzone części pochwy, lub cienka, nawet błoniasta i otworki posiadająca. Tę ostatnią wadę łatwiej sobie wytłómaczyć można następowem zlepieniem skutkiem powierzchownego zapalenia za życia płodowego (*Fö-tale Verklebung*), niż brakiem środkowej części przewodów Müllera, obok dostatecznego rozwoju części górnej i dolnej.

Zarośnięcie błony dziewiczej (*Atresia hymenea*) wydziera się najczęściej i genetycznie polega prawdopodobnie także na zlepnem płodowem zapaleniu fałdów ku sobie zbliżonych. Błona dziewicza zupełnie nie okazuje w takich razach otworu i bywa znacznie grubszą i mięsistszą. Może też ona być i całkiem prawidłową, a zarośnięcie istnieć zaraz za nią, tak, że w przypadkach nagromadzenia się w pochwie krwi miesięczkowej, która odpłynąć nie może, błona dziewicza tak ściśle do tego zarośnięcia przylega, że tylko przez dokładne badanie sondą daje się wykazać.

**Objawy i przebieg.** Zupełny brak pochwy i macicy nie sprawia żadnych objawów, a kobiety wadę tę okazujące zgłaszają się do lekarza zwykle dopiero z powodu niemożności spółkowania. W takich razach spółkowanie albo wcale nie ma miejsca albo też po długich i wytrwałych próbach prącie tak rozszerza cewkę moczową, że spółkowanie przez nią się odbywa. Pociąga to za sobą niemożność zatrzymania moczu, lecz może też i wcale nie upośledzać czynności mięśnia *Sph. vesicae*, jak o tem miałem sposobność przekonać się w przypadku, w którym palec z łatwością wchodził do pęcherza moczowego.

Częściowe zarośnięcia pochwy pozostają utajone dopóty, dopóki nie rozpoczną się okresy miesięczkowe. Krew wydzielona w czasie każdorazowego miesięczkowania nie może odpływać i zatrzymuje się po za miejscem zarośnięcia, gromadząc się za każdym miesięczkowaniem, które im później, tem bywa bolesniejszym (*Molimina menstrualia*) tak, że bóle kurezowe mogą osiągnąć szczytu, co zależnem jest od ilości wydzielanej krwi. Rozumie się samo przez się, że im większy ucisk wywołuje nagromadzona krew na ściany

macy, tem mniej krwi wydzielać się może, a do bólów przyczynia się w wielkiej części towarzyszące przekrwienie. Gdy zarośnięcie dotyczy błony dziewiczej, to cała pochwa, do najwyższego stopnia krwią rozdęta, tworzy obrzęk — krwistek pochwoy (*Haematocolpos*), wypełniający całą miednicę małą, sterzący wysoko po nad nią w jamę brzuszną i uciskający pęcherz moczowy i odbytnicę (Fig. 35). Godną uwagi jest okoliczność, że ściany rozdętej pochwy, zamiast rozcieńczenia, okazują bardzo znaczne zgrubienie na 6—8 mm. a nawet 1 cm. (*Hypertrophia excentrica*). W rozszerzeniu tem bierze

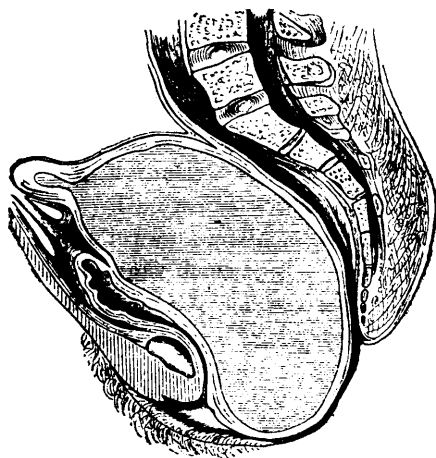


Fig. 35.

*Atresia hymenalis* i krwistek pochwoy podług Breisky'ego.

wziąć udział i samo ciało macicy, tak, iż cała macica i pochwa tworzą jedną jamę (*Haematocolpos et Haematometra*).

Bardzo wielkiego znaczenia bywają towarzyszące krwisteki trąbek macicznych (*Haematosalpinx*). Powstają one tem łatwiej, im wyżej istnieje zarośnięcie i dlatego najstalej towarzyszą krwistekom macicy, lecz i obok krwisteku pochwoy, pochodzącego z zarośnięcia błony dziewiczej, nie należą do wyjątków. Krew nagromadzona w trąbkach nie pochodzi z wpechania jej silnym uciskiem z macicy, lecz z osobnych krwawień z ich błony śluzowej. Że tak jest, tego dowodzi umiejscowienie krwisteków trąbkowych bliżej ujścia brzuszno-trąbek i istnienie ich w przypadkach bardzo znacznego zwężenia, a nawet zarośnięcia ich ujścia macicznego. Rozdęte

powoli udział i szyja maciczna, tak, że przyczynia się do utworzenia wspólnej jamy: pod bardzo silnym uciskiem mogą się jednak jej włókna mięsne rozstępować, a między nimi powstawać przepukliny krwawe, które łatwo mogą prowadzić do pęknięcia. Ciało macicy na szczycie krwisteku pochwoygo przedstawia się jako mało znaczny przyczepek (Fig. 35). W najwyższych zaś stopniach może wkońcu

trąbki przytrzymywane kreską trąbkową (*Mesosalpinx*) układają się jako głębokimi fałdami odsznurowane obrzęki w nagłych rozmaicie ułożonych skrętach. Krew pod silnym uciskiem z ujścia brzuszno-kroplami wypierana może wywoływać częściowe zapalenia otrzewny, prowadzące do zlepow trąbek z otrzewną. tak, iż trąbki wysoko ucze-pione łatwo pękają po szybkim opróżnieniu krwisteku pochwowego lub macicznego, gdyż nie mogą postępować za obniżającą się macicą.

Krew zawarta w krwistekach przechodzi właściwe przeobrażenia, zagęszcza się w maź trudno odpływającą, a przeobrażenia bar-wika nadają tej mazi zabarwienie czekoladowe lub smołowe. Bardzo wyjątkowo może rozdęta pochwa i macica zawierać zamiast krwi ropę. Mniej to zadziwia w przypadku takiego otoku ropnego, podanego przez Hirschensprunga u 5-letniej dziewczynki, niż w przy-padku u dorosłej dziewczyny, podanym przez J. Rosnera<sup>1)</sup> z kli-niki Madurowicza.

Krwisteki pozostawione bez leczenia powiększają się coraz wię-ciej i wkońcu pod znacznem ciśnieniem pękają. Na pęknięcie w miej-scu zarośnięcia, zatem na naturalne utworowanie drogi dla krwi, nigdy liczyć nie można, lecz na pęknięcie w miejscach najwięcej rozcień-czonych, zatem pomiędzy rozstąpionymi pęczkami mięśniowymi szyi macicznej w otaczającą tkankę łączną, skąd krew przebić się może do pęcherza moczowego lub do jamy otrzewny. Częściej jednak pę-kają trąbki i wywołują zejście śmiertelne wskutek zapalenia otrze-wny lub wyjątkowo, gdy krew dostanie się w otorbiony przestwór: może utworzyć się krwistek zamaciczny (*Haematocele retrouterina*).

**Rozpoznanie** braku pochwy lub wrodzonego jej zarośnięcia jest łatwe. W wywiadach podają chore, że odpływów miesięcznych nigdy nie miały i uskarżają się albo na bardzo dolegliwe bóle mie-sięczne (*Molimina menstrualia*), które je zmuszają do szukania rady, albo też na niemożebność spółkowania.

Jeżeli w takich przypadkach badanie brzucha wykaże obrzęk twardo sprężysty, dobrze wysklepiony, który występuje z małej miednicy i posiada na szczycie mały, twardy przyczep (ciało macicy), to rozpoznanie krwisteku pochwowego staje się prawie niewątpliwem. Wszelkie zaś obrzęki przy badaniu macalne, przyczepione do obrzęku głównego, należy podejrywać, że są krwistekami trąbek i mocniej-szego na nie ucisku wielce unikać należy.

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski. 1885. Nr. 13.

W przypadkach zarosnięcia błony dziewiczej, lub niskiego zarosnięcia pochwy palec badający zamiast wejścia do pochwy, znajduje obrzęk sprężysty z pomiędzy warg półkulisto występujący, który palcem dokoła obejść należy, aby się przekonać, że palca nigdzie obok obrzęku w pochwę wsunąć nie można. Jeżeli obrzęk utworzony przez wydętą błonę dziewiczą jest znacznym, to stosunki jej znajdujemy o tyle zmienione, że przechodzi ona z tyłu bezpośrednio w skórę międzykrocza, a z boków w wewnętrzną stronę warg wielkich. W przypadkach, w których zarosnięcie pochwy dopiero wyżej istnieje, palec wysledzi tylko wtenczas w tem miejscu podobny obrzęk sprężysty gdy przegroda jest cienką. W przypadkach zaś rozleglejszych zarosnięć pochwy należy zawsze do dokładnego wybadania użyć badania przez kiszkię stołcową.

Jeżeli pochwy zupełnie brak, to zamiast wejścia pochwowego znajdujemy tylko płytszy lub głębszy woreczek ślepy, utworzony przez sam przedsionek, lub też palec, minąwszy go, może się zabłąkać w rozszerzoną cewkę moczową i przez nią bez przeszkody aż do pęcherza moczowego lub też natrafić na opór w stożkowato zwężającej się cewce. Uderzająca gładkość ścian zwraca wtenczas uwagę naszą na fałszywą drogę. W każdym przypadku dołkowatego zagłębienia przedsionka należy starać się wycisnąć go na zewnątrz, gdyż możebność uskutecznienia tego wycisnięcia przemawia bardzo za wgniecioną w pochwę błoną dziewiczą.

**Leczenie.** W przypadkach krwisteku pochwowego polega leczenie na utorowaniu drogi naturalnej dla odpływu zatrzymanej krwi i na stałym utrzymaniu drożności.

Jeżeli mamy do czynienia z zarosnięciem błony dziewiczej lub błoniastem zarosnięciem pochwy, umozebniamy odpływ albo nacinając błonę na krzyż lub przez podniesienie stożka za pomocą wbitego w nią haczyka i odcięcie go nożyczkami, wskutek czego powstaje dość szeroki otwór.

Operacya ta, tak prosta i łatwa jest jednak, ze względu na możebne skutki, zabiegiem bardzo ważnym, gdyż niebezpieczeństwa wynikające z opróżnienia krwisteku, a czyniące rokowanie wątpliwem, polegają: 1) Na możebności pęknięcia krwisteków trąbkowych i 2) Na gnilnem zakażeniu z powodu przystępu powietrza i rozkładu krwawej treści. Przyczynami pęknięcia krwisteków trąbkowych bywają albo takie zlepienia i ustalenia ich, iż za obniżającą się macicą nie mogą postępować lub zwiększenie ucisku, bądź to przez ciśnienie od ze-

wnątrz, celem przyspieszenia odpływu, lub przez ruchy skurezowe macicy rozszerzające się i na trąbki, a w późniejszym przebiegu zakażenia gnilne, które ściany trąbek czyni kruchemi.

Pęknięcie trąbek zwykle kończy się śmiercią, a usunięcie tego niebezpieczeństwa nie zupełnie leży w naszej mocy, chyba że chcemy tak radykalnie postępować, aby krwisteki trąbkowe, których istnienie często ujawnia się dopiero po opróżnieniu krwisteku pochwowego lub macicznego, odjąć zaraz za pomocą cięcia brzuszego (*Salpingotomia*).

Celem zmniejszenia niebezpieczeństwa poleca się wykonać otwarcie krwisteku pochwowego pomiędzy dwoma okresami miesiączkowymi. Breisky bezwarunkowo przemawia za tem, aby przy każdej operacji krwisteku chorą usypiać, gdy Kaltenbach obawia się wymiotów wskutek chloroformu.

Opróżnienie jamy z treści powinno się odbywać powoli, bez wszelkiego ucisku od zewnątrz. Dlatego należy się trzymać tej zasady, aby naprzód długo pozwolić na odpływ treści przez rurkę wbitego trójgrańca, a gdy treść odpływać przestaje albo ograniczyć się do usunięcia rurki lub też otwór nożykiem rozszerzyć.

Po operacji należy chorą ostrożnie przenieść na łóżko, zalecić bezwzględny spokój, a na części płciowe i pomiędzy wargi założyć gazę jodoformową lub sublimatową, pęcherz zaś opróżnić cewnikiem. Wypłukiwania przeciwgnilne zalecają się dopiero, gdy po kilku dniach odpływ treści ustaje, aby resztę wypłukać i odrazić.

Nakłucie krwisteku przez pęcherz moczowy (Simon) lub odbytnicę (Baker-Brown) poleca się tylko w przypadkach, gdy do krwisteku przez pochwę dostać się nie można.

W razie zarośnień niebloniastych, lecz szerokich, trzeba utorować drogę do krwisteku w tkance łącznej pomiędzy pęcherzem moczowym a odbytnicą. Zanim jednak zabierzemy się do tego krwawego sposobu, należy poprzednio spróbować, czy przez ucisk palcem lub tępo narzędziem nie dadzą się ściany pochwy rozlepić, jeżeli istnieje tylko zapalne zlepienie płodowe, co w niektórych takich przypadkach, nawet w pozornym braku pochwy, z łatwością się udaje.

Jeżeli się to w ten sposób nie uda, to w przypadkach zarośnięcia dolnej części pochwy nacinamy poprzecznie błonę śluzową przedstonka pomiędzy cewką moczową a otworem stolcowym (które to otwory wówczas nierównie bliżej siebie leżą) i następnie tępo palcem postępujemy w tkance łącznej, dopomagając sobie nożyczkami, jeżeli twarde, niepodatne struny tkanki przeszkadzają posuwa-



niu się palca. Położenie torowanego kanału względem pęcherza moczowego i odbytnicy należy bezustannie kontrolować palcem wsuniętym w odbytnicę i cewnikiem w pęcherzu moczowym.

Doszedłszy w ten sposób do samego krwisteku, nakłuwamy go trójgrańcem i otwór rozszerzamy nożykiem w obie strony dla założenia drenu lub rurki Breiskyego „à double courant“.

Najtrudniejszą częścią następowego leczenia jest utrzymanie drożności przewodu, utorowanego przez grube warstwy, z powodu ničem niedającej się powstrzymać dążności do bliznowatego zaciągania się. Rozszerzanie od czasu do czasu palcem, wałkami, wziernikami wązkimi i rozszerzadłami jest dopiero w tych razach dozwolone, gdy pochwa i macica całkiem się z swej treści opróżnią.

Zadanie utrzymania drożności staje się wtenczas jeszcze trudniejszym, gdy w przypadku zupełnego braku pochwy mamy wytworzyć przewód, nadający się do spółkowania, o co się głównie takim chorym rozchodzi. Usiłowania też w tym kierunku rozbijają się najzwyczajniej nie tylko o niemożebność wytworzenia stósownie szerokiego przewodu, lecz nawet utrzymania jakiego takiego przewodu. H. P. Perner, Credé, A. Martin i inni próbowali z dobrym skutkiem wszycia w utworzoną pochwę skrawków błony śluzowej lub płatu skóry wyciętego z warg lub międzykroczka. H. Święcieickiemu<sup>1)</sup> udało się utrzymanie drożności i przywrócenie pochwy przez zaszczerpienie na tkance łącznej skrawków błony śluzowej, wziętych z kiszki królika, a K. Rokitansky<sup>2)</sup> podaje przypadek, w którym nowoutworzona pochwa pokryła się przybłonkiem narastającym z przedsiionka.

### Pochwa podwójna czyli przedzielona. Vagina septa.

Zboczenie to powstaje, gdy przegroda pomiędzy dwoma przewodami Müllerowskimi nie zaniknie całkiem lub też tylko częściowo. W przypadkach całkowitej przegrody istnieją dwie błony dziewicze i dwa wejścia do pochwy, a przytem i macica najczęściej bywa przedzielona przegrodą (*Uterus septus*). Ponieważ przegroda zanika od góry ku dołowi, dlatego częściowe przegrody znajdują się najczęściej w dolnej części pochwy. Przegroda dzielić może pochwę w całej długości, a obie połowy mogą komunikować ze sobą tuż pod częścią po-

<sup>1)</sup> Szósty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, 1891. —

<sup>2)</sup> *Jahresber. d. Maria Theresia Frauen-Hosp. f. d. J.* 1877.

chwową za pomocą otworu półksiężycowego lub też istnieje może tylko szczałkowa przegroda w postaci słupka mięsistego pomiędzy dwiema błonami dziewiczymi.

**Objawy.** Najczęściej istnienie przegrody w pochwie pozostaje zupełnie utajonem, a szczałki jej niekiedy dopiero w czasie porodu główki mogą być stwierdzone w postaci postronka na niej napiętego. Do spółkowania używaną bywa zwykle jedna połowa, a przegroda w niczem czynnościom płciowym nie przeszkadza.

Wyjątkowo jednak może przegroda, zdaje się w samym środku położona, stać się przyczyną gwałtownego, nawet życiu zagrażającego, krwotoku, skutkiem oddarcia jej przez spółkowanie, jak to miało miejsce w przypadku z kliniki Prof. Madurowicza podanym przez C e r c h ę<sup>1)</sup>.

Podobny przypadek opisał M. K o h n<sup>2)</sup>; przegroda dzieliła pochwę w górnej części nie na prawą i lewą połowę, lecz na przodkową i tylną, co nie da się inaczej wytłómaczyć, jak chyba przez spiralne ułożenie przewodów. Tłómaczenie bowiem K o h n a o wytworzeniu sztucznego zaułka jest, z powodu opisanych prawidłowych cech ścian pochwy, niedopuszczalne.

**Rozpoznanie** podwójnej pochwy bywa też dla braku objawów najczęściej przypadkowym. Na myśl o istnieniu przegrody naprowadzać zawsze powinna tak zwana część pochwowa ścienna, t. z. część pochwowa i ujście maciczne do jednej ściany pochwy przylegające (jeżeli przegroda jest zupełna) lub fałd wyczuwalny poniżej części pochwowej, poza który zagięty palec wchodzi w drugą połowę.

**Leczenie** tej wady jest zbytęcznem, a przecięcie jest tylko w czasie porodu potrzebne, gdy częściowa przegroda przeszkadza posuwaniu się główki lub gdy wyjątkowo, jak w przypadkach podanych, pojawiają się krwotoki w czasie spółkowania.

### **Pochwa podwójna z częściowem zarośnięciem jednej połowy. Atresia vaginae lateralis.**

Obie połowy pochwy mogą być zupełnie rozwinięte, lecz błona dziewicza jednej połowy zarośnięta lub jedna połowa pozostała ślepą, czyli nie otworzyła się do zatoki moczopłciowej, albo też dolna część jednej połowy całkiem się w przewod nie wykształciła, a górna

<sup>1)</sup> *Przegląd Lekarski* 1889. str. 182. — <sup>2)</sup> Tamże 1885 Nr. 1.

część niżej lub wyżej ślepo się kończy. Puech zwraca uwagę na częstotliwość zarośnięcia prawej połowy pochwy.

W parze z tą utworową wadą pochwy idzie najczęściej macica dwurożna (Fig. 36 i 37), z dwoma rozwiniętymi rogami lub z jednym rozwiniętym, a drugim szczytkowym.

**Objawy i przebieg.** Jeżeli połowa macicy, odpowiadająca zamkniętej połowie pochwy, jest tak szczytkową, że nie miesiączkuje, to utworowa ta wada może być zupełnie utajoną. W przeciwnym razie

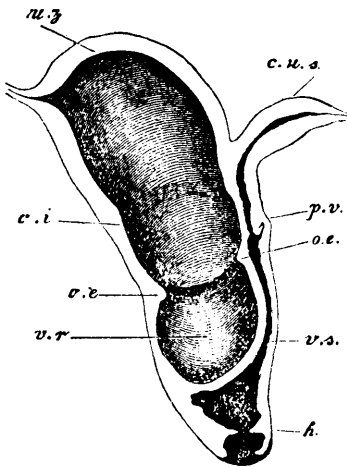


Fig. 36.

Schematyczne przecięcie przez krwistek macicy i pochwy strony prawej. *m.z.* róg prawy, *c. u. s.* róg lewy, *o. e.* *orif. ext.*, *o. i. orif. int.* rozszerzonej szyi prawej strony, *v. r.* ślepa część szczytkowej pochwy wypuklająca się w *v. s.* połowę pochwy otwartą, *p. v.* ścienna część pochwy lewa, *h.* błona dziewicza (podług Breiskyego).

nagromadza się krew miesiączkowa w połowie ślepej, tworząc krwistek boczny, czyli jednostronny pochwy i macicy (*Haematocolpos et Haematometra lateralis*) (Fig. 36 i 37).

Objawy pochodzące z zatrzymanej w jednej połowie krwi miesiączkowej (okresowe bóle miesięczne. (*Molimina menstrualia*) pojawiają się później niż w razie zamknięcia jednej pochwy i towarzyszą miesiączkowaniu i wólnemu odpływowi krwi z drugiej otwartej połowy. Możliwym jest także, iż jedna połowa macicy nie miesiączkuje, lub że połowa macicy nierównocześnie miesiączkuje. Jeżeli połowa zamknięta całkiem nie miesiączkuje, to wada utworowa pozostaje utajoną lub też wyjątkowo może być zamknięta połowa wypełniona i rozdęta, w kształcie obrzęku, zamiast krwią wydzieloną śluzową.

Dalsze następstwa bywają takie, jak opisaliśmy na str. 90. Krwistek odpowiedniej trąbki i tu się wydarza i to samo sprowadza niebezpieczeństwo pęknięcia. Cierpienie to pozostawione sobie może też mieć te same złe następstwa. Pęknięcie może tu jednak nastąpić albo w otwartą połowę pochwy lub też przez przegrodę macicy w otwartą jej połowę (Fig. 38). Niedostateczny jednak odpływ treści małym

otworkiem lub zatrzymanie wydzieliny gdy otwór utworzy się wyżej, może prowadzić do rozkładu gnilnego i posocznicy lub zapalenia ścian, zlepienia się otworu i nagromadzenia ropy, czyli do otoku ropnego macicy i pochwy (*Pyometra et Pyocolpos lateralis*).

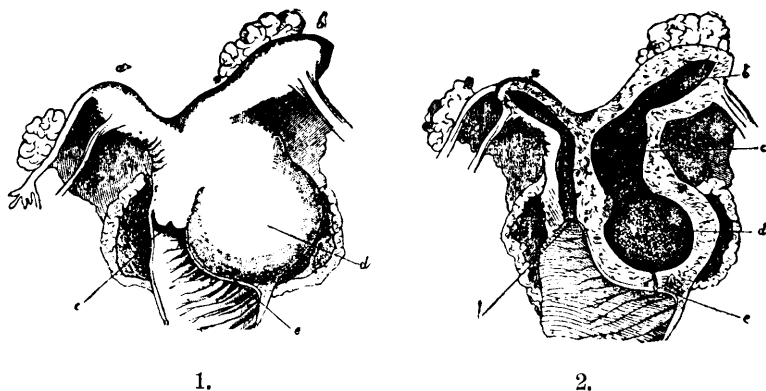


Fig. 37.

Otok ropny w zamkniętej połowie macicy dwurożnej i pochwy (*Pyometra et pyocolpos lateralis*) w następstwie nakłucia krwisteku bocznego. 1. Preparat anatomiczny w całości. 2. Ten sam w przekroju. (Z pracowni anatomiczno patologicznej Prof. L. Feigla)<sup>1)</sup>.

Rozcięcie zamkniętej połowy pochwy i ucisk na połowę otwartą tworzy wprawdzie znaczną przeszkodę w zastąpieniu, mimo to K. Braun podaje, że u jednej chorej przy dwu porodach jednostronny krwistek pochwy był przeszkodą w porodzie i musiano go otwierać.

**Rozpoznanie.** Wywiady nie naprowadzają na myśl o istnieniu krwisteku tak, jak to bywa w przypadkach pojedynczej pochwy, gdyż chore uskarżają się na bóle okresowe w przebiegu prawidłowych peryodów lub na bóle od nich niezależne.

Najłatwiejszem bywa rozpoznanie, gdy zarośnięcie dotyczy tylko błony dziewiczej jednej strony lub też połowy pochwy tuż za wejściem do połowy otwartej. Badanie zewnętrzne wykazuje wówczas obrzęk podobny jak w krwi-

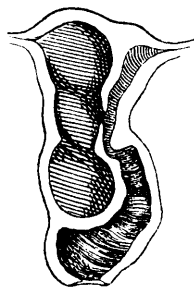


Fig. 38.

Schematyczne przecięcie przez otok ropny bocznej macicy i pochwy (podług Breiskyego).

<sup>1)</sup> *Przegląd Lekarski* 1876 Nr. 23.

steku pojedynczej pochwy, brak jednak na szczycie ciała twardego, odpowiadającego ciała macicy. Przy badaniu wewnętrznym daje się wyczuć taki sam obrzęk sterczący pomiędzy wargami, lecz z tą ważną różnicą, że obok niego, najczęściej po lewej stronie, można palec wsunąć w otwartą połowę pochwy i w całej długości wybadać obrzęk sprężysto napięty. Nie okazuje on względem połowy otwartej ułożenia całkiem bocznego lecz spiralne w ten sposób, że część dolna leży ku przodowi, a górna ku tyłowi. Część pochwowa połowy otwartej przylega ściśle do obrzęku, a ujście zewnętrzne bywa czasem na nim półksiężycowo rozciągnięte.

Wobec takiego stanu trudno aby się co do istoty choroby nansenęła wątpliwość. O możebności pomieszania z torbielem gruczołu Bartoliniego i o cechach jego wspominaliśmy (str. 67). Przepukliny obniżające się obok pochwy nie okazują ani takiej sprężystości, ani chęłbotania, ani obrzęku w jamie brzusznej wyczuwalnego. Torbiele pochwowe nie miewają kształtu tak podłużnego i nie bywają tak wielkie.

Również nie przedstawia trudności rozpoznanie, gdy obrzęk zamkniętej połowy pochwy nie sięga do samego wejścia pochwowego, gdyż prócz cechującego zachowania się i nakłucie próbne wykazuje treść krwawą.

W przypadkach otoku ropnego z przebicciem w otwartą połowę macicy, za pociśnięciem obrzęku od pochwy, z ujścia macicznego występuje ropa (B r e i s k y).

**Leczenie** polega na otworzeniu zamkniętej połowy pochwy, które tak samo się wykonywa i z temi samemi ostrożnościami, jak w przypadkach zrostów w pochwie pojedynczej. Unikać jednak trzeba otworu zbyt wielkiego z obawy, aby nie nastąpiło później zapłodnienie w gorzej rozwiniętym rogu macicy.

W razach otoku ropnego macicy i pochwy rozcięcie powinno być długie.

### **Pochwa jednostronna. Vagina unilateralis.**

Jeżeli nastąpi całkowity zanik jednego przewodu Müllera, to mamy do czynienia z pochwą jednostronną. Do rozpoznania tej wady mało mamy danych, a przypuszczać ją należy w razach istnienia macicy jednoróżnej (*Uterus unicornis*) i pochwy bardzo wąskiej i długiej. Niektóre torbiele pochwy mogą również pochodzić z wypełnienia częściowo istniejącego przewodu Müllera, obok istnie-

jącej pochwy jednostronnej, jak świadczyć ma przypadek Schrödera, w którym torbiel wypełniony był krwią.

### **Wrodzone ścieśnienia pochwy. Stenoses vaginae congenitae.**

Wrodzone ścieśnienia pochwy mogą się wydarzyć w każdej jej części. Błona dziewicza może posiadać nader mały, prawie włósovaty otworek. Jeżeli przytem jest grubą i próbami spółkowania w pochwę wtłoczoną to wada ta uchodzić może za wrodzone zarośnięcie wyższej części pochwy. O istnieniu otworka przekonać się można dopiero w czasie miesiączkowania po występującej kropli krwi, jak to miało miejsce w moim przypadku, w którym u kobiety od 5 lat zamężnej wtłoczona gruba mięsista błona dziewicza dała się łatwo, jak palec rękawiczki, z pochwy wynicować i rozciąć.

Zwężenia częściowe wydarzają się najczęściej w górnej części pochwy, blisko części pochwowej, w postaci obrączkowych zacieśnień z trudnością przepuszczających palec badający, który dopiero ponad nimi wyczuwa część pochwową, zazwyczaj małą. Wadzie tej towarzyszy często macjca dziecięca (*Uterus infantilis*).

Zwężenia pochwy szerokie i bardzo znaczne zawsze budzą podejrzenie, że nie są wrodzone. Występują one zazwyczaj w parze z innymi wadami, mianowicie macicy, a powstanie ich odnieść należy do zapaleń płodowych, z następownem bliznowatym ścieśnieniem.

**Objawy.** Zwężenia najczęściej objawów nie sprawiają. Jeżeli są rozległe i znacznego stopnia to mogą być przyczyną bólów miesiączkowych z utrudnionego odpływu krwi i przeszkodą w spółkowaniu. Bardzo wielkiego znaczenia bywają znaczne zwężenia w czasie porodu.

**Rożpoznanie** jest łatwe i często naprowadza już na nie podawana niemożebność spółkowania, a rozstrzyga o istnieniu zwężenia badanie. Od zwężeń nabytych różnią się wrodzone mniejszą rozległością i brakiem wybitnych blizn w otoczeniu. Breisky podnosi możebność pomieszania zwężenia z chwilowem zaciśnieniem kurczowem, o czem rozstrzyga powtórne badanie lub narkoza.

**Leczenie.** W przypadkach, w których potrzeba miejscowego leczenia macicy, miejsca zwężone rozszerzamy albo za pomocą laminary lub przez wsuwanie coraz większych dilatatorów, czyli rozszerzań a w przypadkach nierozległych zwężeń obrączkowych kilku płytkami nacięciami.

Wrodzona wązkość i krótkość pochwy wydarza się wspólnie z niedostatecznym rozwojem macicy. Błona śluzowa takiej pochwy bywa zazwyczaj gładką i brak na niej fałdów lub są one tylko bardzo nieznaczne.

## **Zarośnięcia i ścieśnienia pochwy nabyte. *Atresiae et stenoses vaginae acquisitae.***

**Przyczyna.** Najczęstszą przyczyną bywają porody i to najczęściej pierwszy, w czasie którego zbyt długie zatrzymywanie się główki w pochwie i ucisk jej sprawia, że cała powierzchowna warstwa błony śluzowej może się martwinowo odtrącić, a огоłocona z niej pochwa w wielkiej części uleść zupełnemu zarośnięciu. Podobne skutki mają zapalenia i owrzodzenia położowe, oraz wrzody błonicowe nietylko w przebiegu porodu, lecz i ostrych chorób zakaźnych. W podobny sposób, przez zniszczenie powierzchownej warstwy błony śluzowej mogą i silne środki żrące stać się przyczyną zarośnięć.

O wiele rzadziej dają powód do zarośnięć przyczyny urazowe, a względnie najczęściej jeszcze, długo, lata całe noszone krążki, wywołujące owrzodzenia i mogące zarósć w ziarninie owrzodzeń i następstwem zbliznowaceni.

W późnym wieku wydarza się forma zapalenia pochwy, *Vaginitis ulcerosa adhaesiva*, która stale do zarośnięć prowadzi.

Ścieśnienia nabyte pochodzą z tych samych przyczyn i częściej się wydarzają niż zarośnięcia.

**Objawy.** Jeżeli uwzględnimy, że martwina poporodowa prócz powierzchownego ubytku wytwarza często i ubytek głębszy, tak, że zarośnięciom towarzyszyć mogą przetoki moczowe i kałowe, to wobec objawów przez nie wywołanych, objawy samego zarośnięcia lub zwężenia ustąpić mogą na drugi plan. Zarośnięcie nabyte samo przez się może mieć zupełnie te same skutki co i wrodzone, zatem niemożliwość spółkowania i wytworzenie się krwisteku pochwowego i macicznego.

**Rozpoznanie.** W wywiadach nie zawsze podają chore ciężki poród lub poróg, lecz brak regularności od czasu porodu i niemożliwość spółkowania. Rozpoznanie jest łatwe. Jeżeli zarośnięcie sięga do samego wejścia pochwowego zależy na tem, aby się przekonać o jego rozległości, co jest łatwym, gdy ponad niem utworzy się krwi-

stek pochwowy, gdyż w tenczas uwidoczni się granica zarosnięcia dolną granicą krwisteku.

**Leczenie** zarosnięć polega na utorowaniu odpływu krwi miesięczkowej, tak jak w zarosnięciach wrodzonych. Przywrócenie jednakże pochwy zdolnej do spółkowania nie udaje się zazwyczaj i w tych przypadkach. Podobnie i ścieśnienia nabyte dają się przez nacięcia blizn i rozszerządła tylko do pewnego stopnia, i to nie trwale, rozszerzyć.

## Zapalenia pochwy. Colpitis, Elythritus, Vaginitis.

### Zapalenie nieżytowe, nieżyt pochwy. Colpitis, Vaginitis catarrhalis.

Błona śluzowa pochwy tem się różni od innych, że okazuje obfity wielowarstwowy przybłonek brukowy, pokrywający warstwę brodaweczkową i przestwory międzybrodawkowe. Budową swoją zbliżoną jest zatem do skóry. Czy posiada gruczoły, na to pytanie dostatecznie jeszcze nie odpowiedziano. Podług Veitha<sup>1)</sup> pochwa gruczołów nie posiada, a znajduwane w sklepieniach i w dolnej części pochodzą, jako zabłąkane *glandulae aberrantes*, z szyi macicznej i sromu, gdy Preuschen przyznaje pochwie własne gruczoły.

**Przyczyny.** Najważniejszą przyczyną nieżyty bywa zakażenie rzeżączkowe, jak się jednakże zdaje niepierwotne, przez zaszczerpienie mikrobów rzeżączkowych w błonę śluzową pochwy samej, lecz następne przez podrażnienie odpływającą wydzieliną rzeżączkową szyi macicznej. Według Buma, błony śluzowe wysłane przybłonkiem brukowym nie podpadają zakażeniu rzeżączkowemu i dlatego nie przeszczepia się ono ani na skórę, ani na błonę śluzową jamy ust, a tak łatwo na spojówkę. Twierdzenie to popiera Bum tem, że samo powstrzymanie, za pomocą tamponu, wydzieliny spływającej z szyi macicznej, usuwa szybko towarzyszący nieżyt pochwy.

Następnie mogą wywołać nieżyt pochwy: wydzieliny nieżytowe jamy i szyi macicznej, rozłożone odchody połogowe, wydzieliny raka macicy lub innych w rozpadzie będących nowotworów, wreszcie moc z kał z przetok pochwowych. Schultze podnosi jako przyczynę

<sup>1)</sup> *Vaginalepithel u. Vaginaldrüsen. Virchow's Arch. f. path. Anat. etc.* Bd. 117. 1889.



także krew miesięczkową, zatrzymującą się za błoną dziewięcą u dziewcząt i tam się rozkładającą.

Nieżyt ze sromu może się przenieść na pochwę, jak to bywa w *Vulvovaginitis* u dzieci.

Z przyczyn mechanicznych, wywołują nieżyt pochwy: Drażniące krażki pochwowe o niegładkiej powierzchni, tampony i gąbki, w których rozkładają się wydzieliny. Inne przyczyny stanowią: Silne środki żrące jako też zbyt gorące lub zimne wstrzykiwania, częste nawały krwi (*Fluxio*) skutkiem samogwałtu, lub zastoiny krwawe (*Stases*) z powodu chorób sercowych lub wątroby, albo skutkiem obrzęków macicy i ciąży, która zawsze przebiega z przekrwieniem pochwy, rozpulchnieniem i zwiększoną wydzieliną. Od tego stanu do niezytu bardzo blisko i dlatego z upodobaniem występuje on w ciąży. Podług Buma pochwa kobiet ciężarnych sprzyja w wysokim stopniu rozwojowi koków Neisserowskich (*Gonococcus*).

Z przyczyn ogólnych mają wpływ wybitny: blednica, zołży i inne stany osłabienia. Również i zaziębieniom nie można znacznego wpływu odmówić. Co do wieku, to żaden nie stanowi wyjątku. Najwięcej sposobności nadarza się w wieku rozwiniętych czynności płciowych, zatem w średnim wieku. Mimo to wielką skłonność do niezytu okazuje wiek późniejszy (prawdopodobnie skutkiem znacznego ścieńczenia warstwy przybłonkowej) i to w takim stopniu, że większa część kobiet około 60 roku życia okazuje zlepy i zarośnięcia pochwy po *Colpitis vetularum adhaesiva*. Że i wiek niemowlęcy nie stanowi wyjątku, świadczy dość częsta *Vulvovaginitis* u dzieci.

**Anatomia patologiczna.** Badanie zmian niezystem wywołanych bardzo długo leżało odłogiem, a to, co dziś o nich wiemy, zawdzięczemy pracom Winckla, Rugego, Eppingera, Breiskyego i Schrödera.

W opisie zmian niezytowych potrzeba rozdzielić te stany, w których obok braku właściwych niezytowi zmian utkania i obok przekrwienia i obrzmienia występuje wydzielina tylko ilościowo, a nie patologicznie zmieniona. Stan taki, *Hypersecretio*, jest właściwym ciąży i każdorazowemu miesięczkowaniu.

Zmiany właściwe niezytowi nierównie rzadziej znajdujemy rozprzestrzenione na całą błonę śluzową i to tylko w formach najostrzejszych niezytu rzeżączkowego lub skutkiem silnych środków żrących, a w końcu w rzadkich przypadkach róży pochwy, opisanych przez Eppingera i Mathews Duncana.

Zresztą cechujące zmiany anatomiczne, jak je opisali Ruge i Eppinger, nie występują jako rozlane lecz jako ogniskowe.

Odmienne zaś obrazy nieżyty, tak odmiennie przez różnych autorów opisywane, że w tej gmatwaninie trudno się połąpać, nie zależą od różnorodności, lecz od stopnia zmian patologicznych, jednej i tej samej przyrody.

**Nieżyt ostry.** Błona śluzowa zaczerwieniona i obrznięta, a fałdy wyrównane. Gołem okiem lub za pomocą lupy można dostrzedz obrznięte brodaweczki, tu i owdzie wybroczyny podprzybłonkowe i łatwe krwawienie. Zmiany te są najczęściej wybitne w górnej i dolnej części pochwy. Wydzielina początkowo skąpa, surowicza, rychło staje się śmietankową, żółtawą i zawiera, prócz obfitych przybłonków i rozpadłych komórek, ciała ropy, śluzu i mikroby.

**Nieżyt przewłoczny.** Błona śluzowa niejednostajnie nastrożona, a na tle szarawem, z powodu złogów barwikowych, widoczne czerwone pasemka i plamki, odpowiadające szczytom fałdów. Brodaweczki miejscami tylko, lecz zato wybitniej, obrznięte tworzą większe lub mniejsze punkty czerwone, wystające nad mało zmienione otoczenie.

Wydzielina albo bardzo obfita śmietankowa, ropiasta lub skąpa, rzadka, szarawa, zawiera prócz podanych składników i rzesistek pochwoy (*Trichomonas vaginalis*).

Zupełny rozdział na nieżyt ostry i przewłoczny nie da się tu przeprowadzić, gdyż nieżyt pochwy z cechą wybitnie ostrą trwać może całe tygodnie i miesiące.

Opisane zmiany nieżytowe dadzą się wyprowadzić z drobnokomórkowego nacieku brodaweczek i stósownie do wielkości zmian różni Ruge trzy formy, a mianowicie: nieżyt ziarnisty (*Colpitis granularis*), nieżyt zwykły (*Colpitis simplex*) i nieżyt kobiet starych (*Colpitis vetularum*).

Cechą nieżyty ziarnistego są owe plamki czerwone w wielkości główki szpilki do soczewicy, sterczące nad mało zmienione otoczenie. Jest to t. z. *granulum* Rugego, które polega na tem, że przybłonek na brodaweczkach dotkniętych naciekiem drobnokomórkowym grubieje blisko o połowę, a brodaweczki przerastają i po odtrąceniu się przybłoneka sterczą na powierzchni.

W zwykłym nieżycie przybłonkowa warstwa jest pomnożona, brodaweczki jednak biorą mały udział.

Nieżyt kobiet starych. Na błonie śluzowej, której warstwa przybłonkowa bardzo ścięczała, dostrzegamy większe lub mniejsze miejsca wystające nad powierzchnię, zlewające się z sobą i nadające pochwie wejście plamiste „tarantowate“ z powodu złogów barwikowych. Miejsca te nigdy tak żywo nie bywają zaczerwienione, jak w opisanej formie ziarnistej, a zmiany odnosimy również do nacieku drobnokomórkowego z następującą utratą przybłonka i wielką skłonnością do owrzodzeń powierzchownych i zlepow z przeciwległą ścianą. Stąd też poszła nazwa *Colpitis adhaesiva*, a skrócenia pochwy, ślepe zakończenia, zrosty części pochwowej ze sklepieniami, znaczne zwężenia i załuki, tak często napotykanne u kobiet wiekowych, zawdzięczają powstanie temu rodzajowi zapalenia.

Nieżyt pochwy ciężarnych zasługuje na zupełnie odrębne miejsce. Tylne sklepienie i część tylnej ściany pochwy znajdujemy tu czasem jakby zasiane licznymi, gładkimi, okrągławymi wyniosłościami, które dosięgają wielkości soczewicy, a ustawione są rzędami rozdzielonymi za pomocą głębokich bruzd. We wznięciu ukazują się one jako wyniosłości o szerokiej podstawie, w grupach stojące, jasno czerwone lub blade, niekiedy okazujące dołkowate zagłębienie, z silnie zaczerwienionem otoczeniem. Winckel porównywa te wyniosłości na grubych fałdach umieszczone, z ziarnkami kukurudzy na kaczanie.

Co do ich istoty istnieją różne zapatrywania. Jedni odnoszą je do torebek limfatycznych, inni do gruczolów, inni znów do brodawek, a w końcu do ognisk zapalnych podprzybłonkowych. Szczególnem jest jednak przeobrażenie tych guzków w przestwory torbielowe (*Colpohyperplasia cystica* Winckla), mogące zawierać prócz treści surowiczej, także i powietrze lub samo tylko powietrze i stąd nazwa *Colpitis emphysematosa* (Ruge i Zweifel).

Już dotykanie palcem daje niekiedy uczucie trzeszczenia powietrza, a we wznięciu widać szare, przeświecające pęcherzyki, wielkości od ziarnka prosa do grona. Po nakłuciu powietrze czasem ze syczeniem występuje nie tylko z nakłutego pęcherzyka lecz i z sąsiednich (Piering)<sup>1)</sup>, a za niem wyjątkowo tylko nieco płynu. Zmianom tym towarzyszy obfita wydzielina mętna.

Ze względu że pęcherzyki trzymają się przebiegu naczyń, że poprzedza zastoina żylna i naciek surowiczy towarzyszący ciąży (u nie-

<sup>1)</sup> Zur Kasuistik der Gascysten. Zeitschr. f. Heilkunde. IX.

ciężarnych bardzo rzadko), największe zatem prawdopodobieństwo, że powstają one w poprzednio utworzonych przestworach patologicznych limfatycznych (Chiari), a gaz, który Zweifel<sup>1)</sup> oznacza jako *Trimetylaminy*, powstaje pod wpływem drobnoustrojów.

W czasie połoгу opisane zmiany same ustępują.

*Colpitis miliaris et herpetica v. vesiculosa*, którą opisuje Eppinger, ma polegać na tworzeniu się ściśle odgraniczonych okrągłych wypocin surowicznych w warstwie podprzybłonkowej z utworzeniem pęcherzyków. Ma się wydarzać skutkiem nawałów lub zastoin i okazywać skłonność do powrotów.

Do bardzo rzadkich form zapaleń zaliczamy jeszcze: *Colpitis exfoliativa*, polegającą na okresowem odtrącaniu się błon przybłonkowych, podobnie jak w *Dysmenorrhoea membranacea*. Choroba ma polegać na ciężkich zaburzeniach krążenia u histeryczek. *Colpitis gummosa* (Winkler), polega na tem, że całą pochwę pokrywa szarobiaława warstwa, gdzieśgdzie kilka milimetrów gruba, dająca się łatwo ściągać i znowu szybko się odradzająca. Cierpienie polega na olbrzymiem zgrubieniu przybłonków, przeroście brodaweczek, zgrubieniu tkanki łącznej podśluzowej i obfitem wytworzeniu grubościennych naczyń krwionośnych.

**Objawy i przebieg.** Formie nieżyty ostrego mogą towarzyszyć znaczne bóle, pieczenie, parcie na mocz i znaczna bolesność wejścia pochwowego. Prócz tych objawów miejscowych mogą w przebiegu nieżyty rzeżączkowego, trwającego przez czas dłuższy z jednakiem natężeniem, wystąpić i objawy ogólne cięższego cierpienia jak: utrata sił, schudnięcie, rozdrażnienie nerwowe i t. d.

Bardzo jednak częste bywają formy nieżyty, które prócz upławów (*Fluor*) nie wywołują innych objawów, mianowicie nieżyt wybitnie przewłoczny, a szczególnie nieżyt starych kobiet, które tylko odpływ krwią zabarwiony, uważany przez nie za objaw raka, zmusza do radzenia się. Również i nieżyt u ciężarnych znajdujemy najczęściej przypadkowo, gdyż upławy nawet takie, że obficie spływają na badającą rękę, uważane bywają za nieodłączone od ciąży.

Przebieg nieżyty, szczególnie rzeżączkowego, bywa długotrwały, uporczywy, a skłonność do powrotów znaczna.

**Rozpoznanie** jest łatwe i często już po badaniu palcem możliwe, jeżeli wyczuwamy opisane „granula“ lub zmiany u ciężarnych a zlepy i zrosty u starych. Badanie wziernikiem wykrywa zmiany cechujące. Należy jednak baczność zwrócić uwagę na wykrycie przyczyn i w tym celu strzedz się przeoczenia zmian w szyi macicz-

<sup>1)</sup> Ueber *Colpitis emphysematosa*. Arch. f. Gyn. XXXI.

nej lub wydzielin z jamy macicy. Wejście do pochwy i srom pokryte obfitą wydzieliną szklistą i śluzgą, budzić powinny podejrzenie, że samogwałt jest przyczyną nieżyty. Ważnem jest rozstrzygnięcie, czy nieżyt jest rzeżączkowy czy też obojętny. Jeżeli znajdujemy ropny nieżyt cewki moczowej i zapalenie gruczołu Bartoliniego, to niewątpliwie mamy do czynienia z zakażeniem rzeżączkowym. Tych objawów najczęściej jednak brak, szczególnie w przebiegu przewłocznym i dlatego tylko wnioskować możemy o rzeżączce z rozległości ostrej formy nieżyty, uporczywości i udziału szyi macicznej. Wprawdzie znajdowanie się *Gonococcus* Neissera jest cechującym dla rzeżączki, lecz potrzebaby go szukać w szyi macicznej, gdyż w pochwie znajdujemy podobne nieszkodliwe koki.

**Rokowanie** w nieżycie pochwy pozostawionym bez leczenia jest niekorzystne. Leczony atoli nieżyt pozwala rokować pomyślnie, pomimo częstej uporczywości.

**Leczenie.** W niektórych przypadkach skutecznem jest samo leczenie przyczynowe, skierowane przeciw blednicy, niedokrewności lub zołzom u dziewcząt lub przez usunięcie bodźców mechanicznie drażniących, jak: długo leżących krążków pochwowych lub zaprzestanie samogwałtu. W przypadkach zaś ostrego lub uporczywego przewłocznego nieżyty musi być leczenie miejscowem.

Jeżeli mamy do czynienia z ostrym nieżytem rzeżączkowym, polecić należy spokój i środek przeczyszczający, oraz dyetę niedrażniącą, łatwo strawną i unikanie napojów wysokowych. Jeżeli boleśność wejścia pochwowego jest znaczna, to przez pierwszych parę dni należy się ograniczyć do posypywania wejścia jodoformem lub aristolem i letnich wstrzykiwań 2% kwasu karbolowego lub sublimatu 1:5000, 3—4 razy dziennie, oraz do kąpeli nasiadowych letnich raz na dzień. Düvelius<sup>1)</sup> bardzo zachwala wstrzykiwania 1/2—1% roztworu chlorku cynku. Aby jednak wstrzykiwana ciecz mogła się dostać i do fałdów pochwy, radzi on wstrzykiwać z dość znacznem ciśnieniem, przyczem ręką, po której wsunęliśmy rurkę w pochwę, należy tak zatkać wejście do pochwy, aby wstrzykiwana ciecz nie odpływała, lecz ile można pochwę rozszerzyła, a gdy chora uczuje znaczne napięcie, usuwa się rękę i pochwę z płynu opróżnia, poczem się to samo kilka razy powtarza.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1892. Nr. 46.

Gdy wsunięcie wziernika już możebne, rozpoczyna się właściwe leczenie. Najskuteczniej działają tu środki odrażające w takim zgęszczeniu, w jakim zabijają bakterye, zatem rozczyny: *Arg. nitr.* 5—30%, *Acid. carbol.* 5—10% i sublimat 1‰, roztwór 1% chlorku cynku, lub *Liq. ferri sesquichlor.* Środki te powinny zetknąć się z całą błoną śluzową i jakiś czas na nią działać. W tym celu, po dokładnem przestrzykaniu pochwy, wsuwamy wziernik nie zbyt mały i za pomocą waty na szczypczykach usuwamy zalegającą wydzielinę i wysuszamy ściany pochwy. Następnie wlewamy jeden z podanych środków do wziernika i pozwalamy mu działać na każdą część błony śluzowej, wysuwając powoli wziernik, a gdy jesteśmy już blisko wejścia pochwowego, wlewamy płyn, wyjmując wziernik. Sposób ten powtarzać należy co 3—4 dni, a przytem zalecić do wstrzykiwań 2% kw. karbolowy.

Środki ściągające, choć nawet nieużyte w zgęszczeniu zabijającym bakterye, działają korzystnie przez wywołanie takich zmian w przybłonkach, które rozwojowi ich nie sprzyjają (Oppenheimer). Dlatego też bardzo korzystnie wpływa *Acet. pyrolign. crud.* stósowane w sposób opisany, jako też wstrzykiwania środków ściągających n. p. Rp. *Alumin. pulv.* 95,0, *Acidi salic.* 5,00, DS. 1/2 łyżeczki do litra wody, *Zincum sulf.* lub *Zincum sulf. carb.* tak samo i t. d.

Korzystnie także działają środki w inny sposób stósowane i to albo jako *globuli vaginales* z masła kakaowego z dodaniem ałunu 0,5 lub taniny 1,0, albo środki te w proszku do posypywania ścian pochwy lub tamponu z waty, zmaczanego w 10% roztworze taniny z gliceryną. Podobnie mogą być wprowadzane środki odrażające np. jako tampony z gazy jodoformowej lub sublimatowej lub jak poleca H. Schmidt, obfite wypełnienie pochwy proszkiem kwasu salicylowego (około 12 gm). Tak zwane suche leczenie (*Dry Treatment*) za pomocą proszków j. t. *Bismuthum nitr.*, *Jodoformu garbnikowego* 1:4, *Ałunu* 1:4, *Dwuwęglanu sodowego*, *Chlorku rtęciowego* i *cukru āā* zachwala Świącicki<sup>1)</sup>, który używa z dobrym skutkiem także *kalomelu z cukrem āā* szczególnie w rzeżące pochwy po poprzedniem wypłukaniu 5% roztworem soli kuchennej i osuszeniu.

Obok takiego leczenia nie należy nigdy zapominać o leczeniu nieżyty szyi macicznej, i pochwę chronić od niekorzystnego działania jej wydzielin.

<sup>1)</sup> *Allg. med. Centralzeitung* 1889.

Szczególnością uporczywość w leczeniu okazuje *Vulvovaginitis* dzieci gdyż czystość i dezynfekcja jest u nich trudną do osiągnięcia. Ograniczamy się zatem do wsuwania w pochwę świeczek jodoformowych, zarobionych z gliceryną. Wstrzykiwania, jakkolwiek trudne do wykonania, można wykonywać zapomocą cienkiego cewnika Nelatonowskiego, u dzieci starszych, u których leczenie tym sposobem bardzo łatwo przeprowadzić się daje.

Przeciw *Colpitis adhaesiva vetularum*, poleca Schröder również *Acet. pyrolign. crud.*

Zwykły niezbyt niezaraźliwy często ustępuje przy leczeniu wstrzykiwaniami środków ściągających. W razie nieskuteczności należy leczyć miejscowo w sposób powyżej opisany. *Colpitis emphysematosa* ustępuje zwykle w połoгу bez leczenia, stanowi jednak okoliczność godną wzmianki, że w jednym przypadku pęcherzyki zniknęły po jednorazowym wlewu do wziernika 2% kwasu solnego (Zweifel).

### Grzybica pochwy. Mycosis vaginae. Colpitis mycotica.

Rozmaite grzybki przyjmują się w pochwie bardzo łatwo, lecz giną w niej po 2--3 dniach (Winckel). O wiele jednak łatwiej rozmnażają się w pochwie ciężarnych.

Najczęściej wydarza się: Włoskowiec pochwy (*Leptotrix vaginalis*), który podług Hausmanna u 10% kobiet znaleźć można, lecz nie sprawia żadnych objawów, i pleśń biaława (*Oidium albicans*), tworząca na całej pochwie i przedsionku plamki białawe drobne i gęste, niedające się zetrzeć. Przeniesienie tego grzybka do pochwy nastaje palcami, narzędziami nieczystymi i przez spółkowanie z mężczyzną cierpiącym na moczówkę cukrową, a usposabia do przeniesienia niezbyt przewłoczny i cięża.

Objawy polegają na pieczeniu, swędzeniu, obrzmieniu sromu i zwiększonej wydzielinie. Cierpienie trwa 5—10 dni.

Leczenie polega na wstrzykiwaniach 2% kwasu karbolowego lub 1‰ sublimatu lub *acetum pyrolignosum*.

### Dławcowe i błonicowe zapalenie pochwy. Colpitis crouposa et diphtheritica.

**Przyczyny** wywołujące te zapalenia są albo miejscowe albo ogólne. Z przyczyn miejscowych mogą wywołać częściowe zapalenia pochwy, z białawem lub szarem obłożeniem, odpływy moczu lub kału (przez przetoki lub w przypadkach wypadnięcia pochwy) lub też posoka rozpadających się nowotworów macicy lub pochwy, zatem raka, mięsaka, posoczących włókniaków i uklejęw włókniakowych. Podobnie i wrzody wywołane długo leżącymi krażkami miewają powłokę szarawą.

Od zewnątrz może się przenieść błonica z błonicy kiszek w przypadkach czerwonki przewłocznej. E p p i n g e r opisał 12 takich przypadków (*Colpitis dysenterica*), podnosząc jako okoliczność ułatwiającą zakażenie, rozwarcie sromu i bardzo krótkie międzycrocze.

Błonica zajmująca całą błonę śluzową pochwy lub większą jej część, wydarza się wyłącznie w przebiegu chorób ostrych zakaźnych, jak cholera, ospa, odra, durzycia i w przebiegu ciężkich spraw położogowych.

**Anatomia patologiczna.** Czy ograniczone miejsca w pochwie pokryte błonami, pod którymi znajdujemy powierzchowne owrzodzenia, są identyczne z dławcem i błonicą, o tem na pewne sądzić nie można. K l e b s przynajmniej przeczy stanowczo istnieniu prawdziwego dławcowego zapalenia pochwy.

Istnienie prawdziwej błonicy pochwy nie ulega wątpliwości i w najwyższych stopniach, tak jak ją opisał S c h r ö d e r, zając ona może całą błonę śluzową lub całą jej górną część. Obrzmienie może być tak wielkie, że obie ściany pochwy szczelnie do siebie przylegają, a obrzmiała część pochwowa macicy jest tak obciśniętą sklepieniem, że nie można obok niej palca wsunąć. O stopniu obrzmienia świadczy bardzo znaczne zgrubienie przegrody pochwoowo odbytnicowej. Całą lub większą część błony śluzowej pokrywają błony dyterytyczne białe, szare i zielone, przechodzące i na część pochwową macicy, a błona śluzowa szyi może być tak obrzmiała, że sterczy z ujścia jak uklej śluzowy, wielkości orzecha włoskiego. Wydzielina brudno ropiasta szerzy woń obrzydliwą.

Uleczenie nastaje przez odłuszczenie się błon, oczyszczenie dna wrzodów, ziarninę i blizny, które sprowadzają bardzo znaczne zwięzienia i zrosty.

**Objawy.** Błonicy towarzyszy zawsze gorączka, przynajmniej z początku. Zresztą prócz tych samych objawów, które są właściwe ostremu niezytowi pochwy, podnosi S c h r ö d e r bóle w miednicy i bolesne skurcze mięśni dna miednicy. Na obecność błonicy pochwy w przebiegu ciężkich chorób zakaźnych powinna zwrócić uwagę bardzo cuchnąca wydzielina z pochwy.

Ograniczone owrzodzenia z obłożeniem, towarzyszące zanieczyszczeniom wywołanym przez podane przyczyny, zazwyczaj nie sprawiają żadnych odrębnych dolegliwości.

**Rozpoznanie** polega na bezpośrednim wykryciu błonicy przez oglądanie. Błonica górnej części pochwy wywołać może te same



objawy co rozpadające się nowotwory macicy, tem bardziej, że część pochwowa może tworzyć niekształtny obrzęk (Schröder). Od pomyłek chroni dokładne badanie i przebieg.

**Leczenie** polega na częstych odrażających wstrzykiwaniach, a po odłuszczeniu się błon na zapobieganiu zrostom, przez wsuwanie wziernika, zapruszanie jodoformem i tamponowanie gazą jodoformową.

### **Zapalenie tkanki łącznej około pochwowej Perivaginitis phlegmonosa dissecans.**

Nazwą tą nie obejmujemy tych zapaleń, które kończą się ropniem otwierającym się w pochwę lub odbytnicę, lecz tę szczególną formę, w której przebiegu cała błona śluzowa pochwy razem z warstwą mięśniową, a czasem i z częścią pokrywającą część pochwową macicy, odłuszcza się w całości. Stąd poszła nazwa *Perivaginitis phlegmonosa dissecans*.

Rzadkie to cierpienie, pierwszy opisał Marconnet, później Minkiewicz, Czerniszew, Wiegandt i Bizzozero.

**Przyczyny** nie są dokładnie zbadane. W przypadku Marconnet'a i Minkiewicza choroba wystąpiła w przebiegu tyfusu. W 3 innych przypadkach tuż po regularności.

**Objawy i przebieg.** We wszystkich przypadkach przebieg był z gorączką, bólami, obrzmieniem sromu i posokowym odpływem. Błona śluzowa odłuszcza się w całości, najczęściej występuje na zewnątrz w czasie parcia na stolec.

Zwężenia i zrosty następowe mają nie być tak znaczne, jakby się można spodziewać, a chora Wiegandta nawet zastąpiła.

**Leczenie** dezynfekcyjne a następnie przeszkadzające zrostom i zwężeniom.

### **Gruźlica pochwy. Tuberculosis vaginae.**

Gruźlica pierwotna nigdy nie występuje w pochwie, a następową bardzo rzadko i w takich razach towarzyszy gruźlicy narządów brzusznych, mianowicie: narządów moczowych, kiszki i otrzewny, przyczem gruźlica macicy nie jest konieczną.

**Anatomia patologiczna.** Gruźelki pochwy występują albo w postaci drobnych szarych guzków, stojących w grupach na zaczerwienionej podstawie najczęściej w środkowej części pochwy i w skle-

pieniu, lub też w postaci większych wyniosłych wysepek z serowatem, rozpadłem dnem i prostopadłymi brzegami, *ulcus tuberculosum*.

**Rozpoznanie** polega na wykryciu prątków gruźliczych Kocha, które tu o wiele częściej można znaleźć niż w gruźliczych zmianach macicy.

**Leczenie**, wobec zmian gruźliczych w ważniejszych narządach, małe ma znaczenie i ogranicza się do częstego zapuszczania proszkiem jodoformu.

## Przepukliny pochwowe. *Herniae vaginales*.

Kiszki mogą tylko wteczas znaleźć się tuż za ścianami pochwy i kulisto je wypuklać, gdy nastąpi rozstąpienie się włókien rozciągniętego (Fascia pelvis) i mięśnia *levator ani*. Wówczas przez powolne pogłębienie zatoki Douglasa lub zatoki pęcherzowo macicznej tworzy się przepuklina pochwowa, która, postępując wzdłuż ścian pochwy, dosięgnąć może aż do sromu, jak to opisano na str. 60.

**Przyczyny** powstawania są takie same, jakie tam podaliśmy, a objawów podmiotowych przepukliny pochwowe prawie nie wywołują i zawsze dają się łatwo odprowadzić.

**Rozpoznanie** polega na wybadaniu w sklepieniu, i to najczęściej z boku, wydęcia balonowatego, półkulistego, które za uciskiem znika.

**Leczenie** polega na unikaniu silnego parcia na stolec, zatem na umożliwieniu łatwych i regularnych wypróżnień, oraz na przeszkadzaniu dalszego postępu przepukliny wzdłuż ściany pochwy, co się niekiedy udaje za pomocą albo gumowego krążka Mayera lub też krążka powietrzem wydętego.

## Nowotwory pochwy.

### Torbiele pochwy. *Cystes vaginae*.

Jakkolwiek torbiele pochwy rzadko znajdujemy, to jednak od czasu gdy Winckel<sup>1)</sup> zwrócił na nie uwagę, ilość przypadków opisanych coraz się zwiększa.

**Przyczyny** powstawania nie są znane, a pochodzenie ich odnosimy do rozmaitych źródeł. Ponieważ mamy tu najczęściej do

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. II. str. 383.

czynienia z torbielami pochodzącymi z zatrzymanej wydzieliny (*Retentionscysten*), zatem pochodzić muszą z istniejących, zamkniętych przewodów i jamek.

Kümmel<sup>1)</sup> podaje następujące źródła powstania: 1<sup>o</sup> prawdziwe gruczoły pochwowe, 2<sup>o</sup> zlepione ze sobą kieszonki błony śluzowej, 3<sup>o</sup> torebki limfatyczne, 4<sup>o</sup> szczątki przewodów Wolffa, czyli kanaliki Gaertnerowskie, 5<sup>o</sup> szczątki jednostronne przewodu Müllerowskiego i w końcu 6<sup>o</sup> jako nowotwór, który Kaltenbach wywodzi z nagromadzonych komórek w tkance łącznej (po silnych ugniotach i wynaczynieniach), z których powstają torbiele (*Hygroma vaginae*) wyściełone przybłonkiem brukowym.

**Anatomia patologiczna.** Torbiele pochwy wydarzają się najczęściej pojedynczo, rzadko kilka naraz. Od najmniejszych mogą osiągnąć wielkości głowy dziecka. Najczęstszą siedzibą bywa dolna część pochwy, ściana przodkowa lub tylna, a o wiele rzadziej boczne. Treść surowicza, jasna, rzadka lub lipka, gęsta, mętna, różowa, krwawa, brunatna, czekoladowa lub zielonkowata. W moim przypadku torbiela wielkości orzecha laskowego, treść jasna, ciągnąca się skrępiła zaraz po wypuszczeniu. Mikroskop wykazuje przybłonki, komórki ziarniste, tłuszcz płynny, wyjątkowo zaś cholestearynę, a czasem krew i ropę. Ściany bywają różnej grubości, od najcieńszych przeświecających, które mogą pęknąć przez samo wsuwanie wziernika, aż do 7 — 10 mm. grubości. Wnętrze najczęściej wysłane wysokim przybłonkiem wałeczkowym (Ruge). Wydarzają się jednak torbiele, które prócz przybłonka wałeczkowego posiadają i wielowarstwowy brukowy (Baumgarten<sup>2)</sup>).

Breisky podaje następujące cechy pochodzenia torbieli: Pochodzące ze szczątków przewodu Müllerowskiego lub Gaertnerowskiego mają siedzibę głębszą, a ściana wewnętrzna okazuje cechy błony śluzowej. Przewody Gaertnerowskie, jako szczątki przewodów Wolffa mogą istnieć u dorosłych, podług Dohrna jednak przebiegają wśród mięśni macicznych, blisko zewnętrznego brzegu macicy i nie sięgają nigdy niżej niż do sklepienia pochwy pod błonę śluzową z przodu, a rzadziej z boku i tyłu. U żadnego płodu nie znalazł Dohrn przewodów sięgających aż do ujścia cewki moczowej, jak to chcą mieć Freund i Kocks. Torbiele z nich powstałe

<sup>1)</sup> *Archiv. f. path. Anat.* 1888 str. 407.— <sup>2)</sup> *Archiv. f. path. Anatomie* 1887.

mogą wzrastać ponad sklepienie pochwy ku więzom szerokim macicy i posiadać przybłonek wałeczkowy lub brukowy albo oba razem.

Pochodzące z przewodu Müllerskiego, występują pojedynczo lub po kilka naraz, ułożone wzdłuż pochwy. Posiadają grubą ścianę i błonę śluzową i występują czasem w parze z jednoróżną macicą (Freund).

Z gruczołów powstałe torbiele mają zawsze siedzibę powierzchowną i przybłonek migawkowy.

**Objawy i przebieg.** Małe torbiele zupełnie nie sprawiają dolegliwości i dlatego zwykle bywają przeoczone. Wielkie mogą wywołać objawy ucisku, sterczeć w szparze sromowej, pobudzać pochwę do niezytu, utrudniać spółkowanie lub stanowić przeszkodę porodową.

Wzrost ich bywa bardzo powolny.

**Rozpoznanie** jest łatwe, gdyż okrągłość, gładkość, sprężysta twardość, czasem przeświecanie, siedziba w ścianie pochwy i niskie ułożenie stanowią wystarczające cechy.

**Leczenie.** Torbiele małe z siedzibą nieco wyższą można pozostawić bez leczenia. Większe najlepiej przeciąć, torebkę wyłuszczyć i ranę zeszyć lub też, jak radzi Schröder, ściąć nożyczkami połowę torbiela, sterczącą nad powierzchnię, a pozostałą połowę obszyć dookoła z błoną śluzową pochwy. Już po upływie krótkiego czasu nie można odróżnić tego miejsca od prawidłowej ściany, a korzyść tego sposobu polega na tem, że się nie tworzy wielkiej rany przez wyłuszczenie. Bardzo wielkie torbiele można nakłuć w dwóch przeciwległych miejscach i przez drenowanie sprowadzić zanik.

### **Włókniaki pochwy. Fibromata, fibromyomata vaginae.**

**Przyczyny.** W pochwie rzadko wydarzają się włókniaki, a przyczyny powstawania ich są nieznanne. Jakkolwiek najczęściej powstają i rosną w wieku średnim, to znane są 3 przypadki włókniaków pochwy u dzieci i noworodków (Trätzl, Wilson i A. Martin).

**Anatomia patologiczna.** Są to prawie wyłącznie mięśniowłókniaki, obfitujące w naczynia i bywają znacznie miększe od włókniaków macicy. Rozwijają się w tkance łącznej podśluzowej lub w dolnych warstwach błony śluzowej. Najczęstszą ich siedzibą bywa ściana przodkowa, a rzadziej tylna i boczne. Mogą one osiągnąć znacznej wielkości, tak, że całą pochwę wypełniają.

**Objawy i przebieg.** Małe obrzęki zupełnie nie sprawiają objawów. Wielkie rozszerzające pochwę i szparę sromową, oprócz uczu-

cia parcia, ciążyenia i objawów nieżyty pochwy, mogą sprawiać utrudnienie w oddawaniu lub zupełne zatrzymanie moczu, a w czasie porodu mogą tworzyć trudną do usunięcia przeszkodę.

**Rozpoznanie** jest łatwe, jeżeli uwzględnimy kształt okrągły, zbitość, siedzibę w ścianie pochwy i bardzo powolny wzrost.

Pomieszać można z torbielem pochwy, jeżeli (jak to miało miejsce w przypadku Strassmanna<sup>1)</sup>), włókniak zawiera torbielowe przestwory (*Fibroma lymphangiectaticum*).

**Leczenie.** Małe włókniaki można pozostawić bez leczenia. Większe najlepiej wyłuszczyć, po przecięciu błony śluzowej, i ranę zeszyć.

### Polip pochwy. Polypus vaginae.

Równie rzadko jak włókniaki wydarzają się polipy włókniakowe (*Polypus fibrosus*), które powstają przez uszypułkowanie włókniaków i podobnie jak one osiągnąć mogą bardzo znacznej wielkości. Szypułkę miewają zazwyczaj grubą i obfitą w naczynia.

Polipy innej budowy, mianowicie pochodzące z bujania samej błony śluzowej (jak je opisuje Kiwisch), wydarzają się jeszcze rzadziej i mogą osiągnąć wielkości jaja kurzego.

**Objawy i przebieg.** Małe nawet polipy mogą sprawiać dolegliwości przez mechaniczne drażnienie i to od chwili, gdy pokazują się w wejściu do pochwy. Wielkie albo pozostają w pochwie, z powodu krótkiej szypułki i sprawiają objawy opisane przy włókniakach, albo powoli rozszerzają wejście do pochwy i wkońcu bywają na zewnątrz wyparte.

**Rozpoznanie.** Wybadanie miejsca uczepienia się szypułki rozstrzyga, czy polip pochodzi z pochwy czy z macicy.

**Leczenie** polega na odjęciu przez przecięcie szypułki. Jeżeli to możebne, to poleca się poprzednie podwiązanie szypułki, gdyż obfitość naczyń bywa tu częstszą przyczyną krwotoków niż w przypadkach włókniakowych polipów macicy.

### Rak pochwy. Carcinoma vaginae.

Tu opiszemy tylko raka pierwotnie w pochwie powstającego, (nierozszerzonego z narządów sąsiednich), który w porównaniu z rakiem części pochwowej macicy, wydarza się rzadko.

<sup>1)</sup> Centralbl. f. Gyn. 1891 Nr. 41.

**Przyczyny** nie są znane. Dziedziczność tylko w dwu przypadkach stwierdzona. Najczęściej pojawia się rak w wieku od 30—40 lat, a wyjątkowo w wieku młodszym. Przyczyna urazowa wybitna, stwierdzona tylko w jednym przypadku Hegara, w którym rak powstał w miejscu uciskanem przez krążek.

**Anatomia patologiczna.** Rak pochwy pojawia się w dwóch wybitnych postaciach: 1) Jako ograniczone do pewnego miejsca, najczęściej tylnej ściany, bujanie rakowe, na szerokiej podstawie (*Cancroid*) półkulisto sterzące w pochwę, które rozpadając się przechodzi w wrzód rakowy bujający, z wywinętymi brzegami (*Ulcus elevatum*) i 2) jako naciek rakowy (*Infiltratio carcinosomatosa*) zajmujący większą przestrzeń i szerzący się wzdłuż i okólnie tak, że zajmuje całą długość i cały obwód pochwy i zamienia ją w przewod zacieśniony, o twardych niepodatnych ścianach. Tkanka łączna okołopochwowa podlega rychło zwyrodnieniu rakowemu.

**Objawy i przebieg** podobne do raka części pochwowej macicy, zatem krwawienia, a później surowiczy, brudnawy, cuchnący odpływ. W dalszym przebiegu szerzy się rak na tkankę łączną i narządy sąsiednie i wywołuje przez rozpad przetoki z pęcherzem moczowym i odbytnicą, oraz objawy ogólne charakteru rakowego.

**Rozpoznanie** jest łatwe, gdyż zmiany są cechujące tak dla badania palcem, jak i przez wzornik.

**Rokowanie** w przypadkach całkiem ograniczonego rakowca w małej przestrzeni tylnego sklepienia może być względnie pomyślnem. Znam chorą 9 lat po wycięciu bez żadnej recydywy. W drugiej formie, w t. zw. nacieku rakowym, zajmującym większą część pochwy, jest rokowanie złem, gdyż recydywy następują nawet po doszczętnem wycięciu.

**Leczenie.** Gdzie operacja jest jeszcze możebną w częściach zdrowych i tkanka łączna okołopochwowa nie jest zajęta, tam poleca się okrojenie i wycięcie nożem i nożyczkami z następowem przyżeganiem powierzchni rany termokauterem i tamponowanie gazą jodoformową. W przypadku, w którym cała długość pochwy i część pochwowa zajęta była rakiem, wyciął Schröder, (preparując tępo od dołu) całą pochwę i część pochwową macicy w kształcie palca od rękawiczki. Gdzie operacja jest niemożebną, tam skutecznie powstrzymujemy rozpad, usuwając wybujałości nożem, nożyczkami i ostrą łyżeczką, a następnie przyżegając termokauterem, o czym obszerniej będzie mowa w rozdziale o raku części pochwowej macicy.

### Mięsak pochwy. *Sarcoma vaginae.*

Mięsak pierwotnie bardzo rzadko wydarza się w pochwie.

**Przyczyny** całkiem nieznanne. Gdy jednak wśród znanych niewiele przypadków kilka wydarzyło się u dzieci od lat 2—5<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, a w jednym przypadku (*Demma*) nawet u noworodka dostrzeżono pomiędzy wargami obrzęk mięsakowy wielkości grochu, zatem przypuszczać można jako przyczynę wrodzone zarodki płodowe. Z dorosłych chorych najmłodsza miała lat 17, najstarsza 58.

**Anatomia patologiczna.** Mięsak pochwy wydarza się częściej na przodkowej ścianie niż na tylnej i to w tych samych dwu postaciach co mięsak macicy, mianowicie jako obrzęk ograniczony, podobny do włókniaka na szerokiej podstawie lub uszypułkowany lub wreszcie jako rozlany naciek mięsakowy...

**Objawy i przebieg.** W przypadkach ograniczonego obrzęku mogą początkowo istnieć tylko objawy właściwe większym dobrotliwym obrzękom pochwy. Uderzającym jest jednak ich szybkie powstawanie i wzrastanie. Mięsaki dostrzegane u dzieci sterczały jako mniejsze lub większe obrzęki pomiędzy wargami. Objawy rozlanego i rozpadającego się mięsaka bywają podobne do objawów raka. Złośliwość tych nowotworów bywa bardzo wielką, tak, że zawsze powracają, a wyjątek stanowi jeden przypadek *Spiegelberga*.

**Rozpoznanie.** Odróżnienie od raka jest tylko możebne przez badanie drobnowidowe.

**Rokowanie** jest bezwzględnie złem, a

**Leczenie** polega na doszczętnem, o ile można, wycięciu.

### Obce ciała w pochwie.

O krążkach (*Pessaria*), jako obcych ciałach w pochwie, drażniących długim pozostawaniem i zmianami powierzchni, będzie mowa na innem miejscu. Tu wymienimy tylko obce ciała, które albo z psoty przez kogo innego włożone zostały lub też przez same właścicielki najczęściej jako przedmioty służące do samogwałtu, zatem słoiki z pomady, szpulki z nici, kieliszki, korki, pudełka na igły, szpilki podwójne, ołówki, kawałki drzewa, szkła, jajo kurze wsunięte przez czułego małżonka (*Gaenner*<sup>1)</sup>) i t. d. *Schröder* obok słoika znalazł jeszcze chrabąszcza. Najciekawszym jest przypadek podany przez

<sup>1)</sup> *Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte* 1885. Nr. 15.

Breiskyego, w którym wsunięta przed 7 laty drewniana szpulka na nici, wywołała zarośnięcie pochwy poniżej i zamknięte posokowe ognisko.

**Objawy.** Obce ciała zawsze wywołują niezyt pochwy, którego wydzielina obficie je pokrywa i osadza na nich sole wapienne, przez co powierzchnia ich staje się jeszcze więcej drażniącą, a objętość większą. Podawane w dawnej literaturze kamienie pochwove najprawdopodobniej z takiego pochodzą źródła. Wydzielina staje się coraz więcej brudną, posokową i cuchnącą, a na ścianach pochwy powstają owrzodzenia, ziarnina i zrosty lub objawy zakażenia i zapalen tkanki łącznej.

**Leczenie** polega na usunięciu ciała obcego, co czasem (jak w przypadku Breiskyego) bywa trudnem, i na następowem leczeniu wywołanych zmian.

### Zranienia i przedarcia pochwy.

Najwięcej sposobności do zranień i przedarć pochwy nadarza się w czasie porodu w postaci pęknięć błony śluzowej lub przedarć drażących przez całą jej grubość lub w końcu przez całą przegrodę pochwovo odbytnicową tak, że szczelina łączy pochwę z odbytnicą, lub o wiele rzadziej, przez całą grubość przedkowej ściany i pęcherza lub w końcu przedarcie szyi macicznej może w dalszym ciągu przejść na błonę śluzową sklepienia. Nieobliczone przedarcia i spustoszenia mogą nastąpić skutkiem porodu, zwłaszcza w przypadkach nabytych zwężeń pochwy. Także narzędzia używane, j. t. kleszcze, haki, perforatory, w niewprawnych rękach bywały już przyczyną przedarć.

Prócz wymienionych przyczyn, o wiele rzadszemi są inne jak: przebicie sromu i pochwy rogiem lub skaleczenie ostrym przedmiotem przy upadnięciu.

Także i pierwsze spółkowanie bywało już przyczyną głębokich przedarć pochwy. Anderson<sup>1)</sup> i Barthel<sup>2)</sup> opisują przedarcie powstałe w tylnem sklepieniu z gwałtownym krwotokiem, a Springfield<sup>3)</sup> powstanie przetoki pęcherzowo-odbytnicowej.

Przebieg takich skaleczeń i przedarć w najlepszym razie prowadzi do utworzenia blizn rozmaitego kształtu i grubości, ze wszystkimi skutkami, lub do utworzenia się przetok.

<sup>1)</sup> *Hygiea*. 1887. — <sup>2)</sup> *Centralblatt f. Gyn.* 1888. Nr. 48. — <sup>3)</sup> *Vrtljhrsch. f. ger. Med.* T. 50.



**Leczenie**, nieuwzględniając przedarć porodowych, polega na powstrzymaniu krwotoku i postępowaniu przeciwnie.

### **Przetoki pochwy. *Fistulae vaginae.***

Przez przetoki pochwy rozumiemy stałe połączenie jej przewodu z jamami narządów sąsiednich, mianowicie z pęcherzem moczowym, odbytnicą lub kiszka za pomocą otworów lub przewodów rozmaitej wielkości. Dzielimy je zatem na przetoki moczowe i kałowe.

### **Przetoki moczowe. *Fistulae urinariae.***

**Przyczyny.** Nieuwzględniając złośliwych nowotworów części rodnych, które skutkiem rozpadu tworzą przetoki, następujące przyczyny mogą je wywołać:

Ciężkie porody główkowe, w razach niestosunku porodowego, zatem ścieśnień miednicy, zbyt wielkiej główki lub nieprawidłowego wstawienia się jej we wchód miednicy (położenia twarzowe i czołowe). Jest to najczęstsza i najzwyczajniejsza przyczyna powstania przetok. Najważniejszym momentem jest długi ucisk główki na jedno miejsce po odpływie wód płodowych, gdyż miejsce długo uciskane obumiera (*Drucknekrose*) i oddziela się, pozostawiając trwałą ubytek przegrody pęcherzowo pochwowej.

Niezaprzewidywalny wpływ na łatwiejsze powstanie obumarcia utkania, pod wpływem ucisku, ma stopień odżywienia chorych i jędrności tkanek. Dlatego też przetoki łatwiej powstają u nędznych, źle odżywionych kobiet, niż u zdrowych.

O wiele rzadziej obwiniać można narzędzia, mianowicie kleszcze, o wywołanie przetoki. Kleszcze założone w stosownej chwili mogą raczej usunąć niebezpieczeństwo wynikające z długiego ucisku, jeżeli się uda przeprowadzić nimi główkę przez ścieśnione miejsce. Jeżeli jednak po bezskutecznych pociąganiach zmuszeni jesteśmy kleszcze odłożyć, tośmy tylko ucisk zwiększyli i ułatwili powstanie martwiny, zatem kleszcze przyczyniły się pośrednio do powstania przetoki. O wiele rzadziej zdarza się, iżby kleszcze niedobrze zaakraglonymi brzegami i przez zbyt znaczne obniżenie rękojeści przegniotły lub przecięły przegrodę pęcherzowo pochwową.

W nieokrzesanej i niewprawnej ręce mogą i inne narzędzia, j. t. perforatory, haki lub odłamki kostne po perforacji wywołać ska-

leczenia, prowadzące do powstania przetok. To samo odnosi się i do forsownego katetyryzowania w czasie porodu.

Bez względu na ucisk poprzeczny, mogą sprawy położowe, jak: zgorzel i błonica pochwy lub ropień pomiędzy pochwą a pęcherzem i pęknięcie w obu kierunkach, sprawić przetokę. W rzadkich przypadkach mogą zaniedbane i uciskające krążki pochwowe sprawić owrzodzenie i przetokę. Podobnie i wrzody powstałe w pęcherzu czy to z powodu kamieni pęcherzowych, czy też z powodu długotrwałego niezżytu, mogą sprawić takie ścięczenie przegrody, że pęknie wśród objawów bardzo silnego parcia (*Tenesmus*) i da powód do powstania przetoki (Emmet, Bozeman i Schröder).

**Anatomia patologiczna.** Najczęściej wydarzają się przetoki pęcherzowo pochwowe, (*Fistulae vesico vaginales*), to znaczy, ubyty pęcherza i pochwy na przestrzeni pomiędzy cewką moczową a przedkową wargą macicy, lecz niemające samej wargi jako tylną granicę, ale jeszcze choćby wazki pasek sklepienia przedkowego (Fig. 39). Jeżeli przetoka leży lub sięga tak wysoko, że tylną jej granicę tworzy sama przedkowa warga maciczna, nazywamy ją wówczas przetoką pęcherzowo-pochwowo-maciczną, powierzchowną, (*F. vesico-utero-vaginalis superficialis* (Fig. 40). Jeżeli zaś nastąpiło zniszczenie i przedkowej wargi, tak, że przetoka otwiera się w pochwę, a częściowo i w szyję maciczną, wówczas mamy do czynienia z przetoką pęcherzowo-pochwowo-maciczną, głęboką, (*F. v. u. v. profunda* (Fig. 41). W końcu

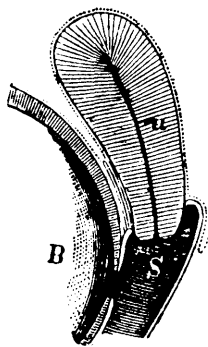


Fig. 39.

Podług Schrödera.

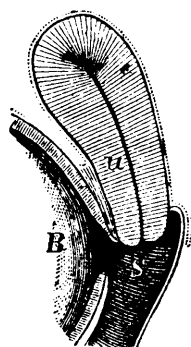


Fig. 40.

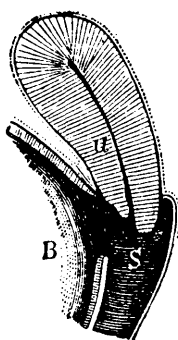


Fig. 41.

Podług Schrödera.

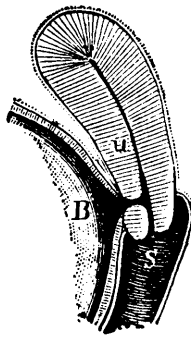


Fig. 42.

przetoka może istnieć tylko pomiędzy pęcherzem a szyją macicy, przetoka pęcherzowo-szyjna, (*F. vesico-cervicalis* (Fig. 42).

O wiele rzadszemi są przetoki cewki moczowej (*Fistulae urethro-vaginales*, a częściej wydarzają się przetoki pęcherzowo-pochwowe rozszerzające się i na cewkę (*F. vesico-urethro-vaginales*) lub połączone z całkowitem jej zniszczeniem.

Prócz pęcherza i cewki mogą i moczowody uleść częściowemu zniszczeniu i albo tworzyć bezpośrednio przetokę do pochwy (*Fistula urethero-vaginalis*) lub do szyi macicznej (*F. urethero-cervicalis*) częściej jednak kombinują się z przetokami pęcherzowo-pochwowymi (*F. vesico-urethero-vaginalis*).

Zapytajmy się teraz w jaki sposób powstają te rodzaje przetok i dlaczego raz jedno, drugi raz drugie?

Zależy to od tego, jakie położenie zachowywał pęcherz w czasie porodu, a nie od tego w jakiej wysokości największy wywierany był ucisk, gdyż to miejsce jest prawie niezmiennem. Jeżeli pęcherz moczowy jest mało wypełniony lub próżny, to leży w czasie porodu na tylnym górnym brzegu spojenia łonowego. Wówczas ucisk dotyczy głównie pęcherza i odpowiedniej części pochwy i tak powstają najczęstsze przetoki pęcherzowo-pochwowe. Aby w miejscu najwięcej uciśnięciem znalazła się tylko wyłącznie cewka moczowa, koniecznem jest, aby już przed powstaniem ucisku pęcherz, wypełniony do bardzo znacznego stopnia, wyciągnął całą cewkę w górę, tak, aby ujście jej nie znajdowało się pod spojeniem łonowem, lecz za niem. Ponieważ zaś takie wypełnienie pęcherza przed nastaniem przeszkody w oddawaniu moczu jest rzadkiem, zatem i czyste przetoki cewkowo-pochwowe rzadko się wydarzają.

Jeżeli zaś przed uwięzieniem pęcherza i pochwy szyja maciczna lub warga przodkowa nie zesunęły się jeszcze z główki, tak, że częściowo lub w całości zostały uwięzione, to tworzą się różne kombinacje przetoki macicznej z pęcherzowo-pochwową, lub, jeżeli pochwa całkiem uciskowi nie ulegała, lecz tylko pęcherz i przodkowa ściana szyi macicznej, to powstaje przetoka pęcherzowo-szyjna *F. vesico-cervicalis*. Gdy sama szyja macicy tak często bywa uwięzioną, w czasie porodów niestosunkiem porodowym utrudnionych, to z wielkim prawdopodobieństwem przypuszczać możemy, że przetoki pęcherzowo-szyjne powstają najczęściej, lecz nie bywają tak często przedmiotem leczenia, gdyż w narządzie kurczliwym, jakim jest szyja maciczna, dane są wszelkie warunki do zacieśnienia i zagojenia powstałego ubytku.

Aby powstać mogła przetoka moczowodowo pochwowa razem z pęcherzowo pochwową, potrzeba, aby i część pęcherzowa jednego lub obu moczowodów, uległa zniszczeniu i dlatego przetoki te albo bywają bardzo wielkie lub zajmują położenie wysokie boczne i wówczas w jednej części tylnego brzegu przetoki widać otworek, będący ujściem moczowodu.

Czyste przetoki moczowodowo-pochwowe i moczowodowo-maciczne powstawały zawsze po porodach czaszkowych, zakończonych operacją. Aby moczowód dostać się mógł w okolicę największego ucisku, potrzeba, zdaje się, poprzedniego nieprawidłowego ustalenia go sprawami zapalnymi. Przetoki moczowodowo pochwowe zwykle leżą na przedłużeniu szpary ujścia zewnętrznego macicy w oddaleniu 1—2 cm. od niego, a położenie ich jest naznaczone albo guzieczkiem wystającym nad powierzchnię lub otworkiem o ostrych brzegach.

Wielkość przetok może być rozmaita: od włosowatych, ledwo dostrzegalnych dopiero po rozsunięciu zakrywających je fałdów, aż do takich, że wygodnie kilka palców w nie wsunąć można, tak, że przodkowa ściana pochwy zdaje się wówczas całkiem nie istnieć.

Kształt przetok bywa rozmaity. Przetoki pochwowe ułożone zwykle wysoko w sklepieniu, a rzadko w samym środku, najczęściej zaś ku lewej stronie zbaczające, miewają kształt okrągły lub poprzecznie owalny (rzadko podłużny) lub półksiężycowy z górną wklęsłością. Bardzo wielkie miewają kształt czworograniasty lub sercowaty, dolnym końcem sięgający w cewkę moczową.

Brzegi świeżo powstałych przetok bywają grube, naciekłe, łatwo krwawiące, pokryte nadżerkami lub szarawą wypociną. Później przybierają coraz więcej cechę blizny i cieńcejzą czasem tak znacznie, że na 1 cm. szerokości nie da się anatomicznie rozdzielić ściany pochwy od ściany pęcherza moczowego.

Błona śluzowa pochwy początkowo zaczerwieniona i okazująca nadżerki, w dalszym przebiegu staje się uderzająco gładką i bladą, zbliżoną wejrzeniem do błony surowiczej. Te same przyczyny, które wywołały przetokę, wywołują często bardzo znaczne uszkodzenia pochwy z następowem bliznowatym ściśnięciem i skróceniem przodkowej ściany. Zwężenia mogą być tak znaczne, że palcem nie można dostać się do przetoki, a czasem pochwa tworzy lejkowate zwężenie ku górze, którego szczytem jest przetoka, tak, że macica zostaje zupełnie wykluczona z obrębu pochwy. Wkońcu pochwa może też zarósć poniżej przetoki, przez co następuje względne, naturalne

uleczenie, a krew miesiączkowa odpływa wówczas przez pęcherz i cewkę moczową.

Także i okostna spojenia łonowego może uleść zniszczeniu przez ucisk i utworzyć bliznę, która przodkowy brzeg przetoki przytwierdzi do kości w postaci twardej, napiętej struny. Są to tak zwane przetoki przyrośnięte do kości.

Pęcherz moczowy, bywa w przypadkach przetok, stale skurczony. Przodkowa jego ściana spoczywa na przetoce, a błona śluzowa, żywo czerwona, może przez wielkie przetoki tak się wynicować, że sterczy, po odchyleniu warg sromowych, w przedsionku. W ten sposób w przypadku Simona powstał zrost błony śluzowej pęcherza z tylną ścianą pochwy.

Cewka moczowa bezczynna znacznie się zwęża lub może, skutkiem całkowitego zniszczenia, przedstawiać tylko postronkowaty szczyłek. Szczególnie łatwo dzieje się to z częścią cewki moczowej, leżącą pomiędzy dwiema przetokami (cewkową i pęcherzową), które po zaniku dzielącej je części cewki, tworzą pozornie jedną przetokę, gdy tym czasem część cewki, która je rozdzielała, znajduje się przyściągniętą do spojenia łonowego.

Macica zawsze bierze znaczny udział w zmianach towarzyszących przetokom. Często też znajdujemy przodkową wargę lub obie częściowo zniszczone i bliznowato zaciągnięte tak, że czasem trudność zachodzi w wyszukaniu ujścia. Innym razem wargi bywają zgrubiałe pokryte nadżerkami, macica cała powiększona, niedostatecznie zwinięta (*Subinvolutio*), w czasie badania złożonego bolesna, mało ruchoma, a w tkance łącznej okołomaciczej często znajdujemy wypociny (*Parametritis*).

Te sprawy zapalne okołomacicze często ściągają głęboko fałd otrzewny pęcherzowo maciczny, tak, że w przypadkach wysokich przetok, po zniszczeniu wargi przodkowej, sięgających w szyć maciczną, może otrzewna już wchodzić w pole potrzebne do odświeżenia i łatwo być skaleczoną.

Przetoki cewkowe, zazwyczaj umieszczone na tylnej ścianie cewki miewają kształt okrągły lub lekko owalny.

**Objawy i przebieg.** W pierwszych dniach połogu nie bywa objawu, któryby pozwalał domyślać się grożącej przetoki, gdyż niemożebność oddawania moczu po porodzie i w prawidłowych warunkach często się wydarza. Odłączenie się strupa zgorzelinowego, powstałego skutkiem ucisku, następuje w pierwszych 15 dniach połogu,

poczem mocz zaczyna obficie i mimowolnie odpływać przez pochwę, jeżeli przetoka nie jest czysto cewkową, gdyż w razie tej ostatniej nie bywa mimowolnego oddawania moczu, tylko zmieniony kierunek prądu.

Ten ciągły odpływ moczu pozostaje też i później najstalszym objawem przetoki; w niektórych jednak przypadkach małych, w łańdach ukrytych przetok moczowodowych lub wysoko w pochwie ułożonych może istnieć szczególnie w postawie stojącej chwilowa możebność zatrzymywania i dowolnego oddawania moczu.

Ciągła atmosfera amoniakalna, w jakiej chore te przebywać muszą, zamoczenia, a stąd i łatwe zaziębienia, brak apetytu, zatwardzenia, zrujnowane pożycie małżeńskie i przygnębienie umysłowe sprawiają rychły upadek sił, ziemiste wejrzanie, wiotkość utkania, i t. d. Tymi objawami czują się chore tak udęczone, że gotowe są do podjęcia wszystkiego, aby się uwolnić od tego ciężkiego cierpienia. O wiele rzadziej wydarzają się kobiety, które znoszą przetoki bez widocznej szkody dla zdrowia.

Miesiączkowanie najczęściej okazuje zboczenia w okresowości lub też długi czas zupełnie się nie pojawia.

Bezpłodność wcale nie jest stałym następstwem przetok, jakkolwiek z wielu względów, zapłodnienie bywa utrudnionem. Courty podaje przypadek, w którym kobieta z przetoką sześć razy zastąpiła i sześć razy prawidłowo rodziła.

Uleczenie samoistne przetok, nawet większych rozmiarów, może się wydarzać, jednak bardzo wyjątkowo. To tylko pewna, że każda przetoka bywa największą tuż po powstaniu, a w dalszym przebiegu może się nawet znacznie zwięzić, tak, że Hegar podaje przetokę wielkości jednej marki, wybadaną w 3 tygodnie po porodzie, która przez następne 3 tygodnie tak się zwięziła, że tylko główkę sondy przypuszczała. Uleczenie samoistne przez zarosnięcie pochwy poniżej przetoki uważać można tylko za złe zejście, gdyż do jednej nieprawidłowości przybywa druga, i to trwałego znaczenia.

**Rozpoznanie** w zwykłych warunkach jest całkiem łatwym i już z samych wywiadów prawie pewnem. Badając palcem, łatwo wykrywamy na przodkowej ścianie pochwy otwór albo tak mały, że go tylko czujemy palcem lub też taki, że można przez niego z łatwością jeden lub dwa palce wsunąć do pęcherza. Następnie oznaczamy położenie przetoki, jej granice (czy z tyłu istnieje brzeg osobny, czy tylko przez przodkową lub tylną wargę macicy utworzony), grubość brzegów, podatność ich, jakoteż położenie macicy, jej wielkość, rucho-

mość i otoczenie. Ważniejszym jeszcze jest badanie wzrokiem i w tym celu najlepiej ułożyć chorą w położeniu łokciowo kolanowym i pochwę odsłonić wziernikiem Simsa. Wówczas dopiero możemy dokładniej jeszcze wy badać kształt, wielkość i położenie przetoki.

Przetoki bardzo drobne i w fałdach ukryte można dojrzeć dopiero po rozsunięciu haczykami, a niekiedy nie znajdujemy ich nawet przy dokładnem badaniu; wówczas uciekamy się do pomocy płynów zabarwionych, j. t. mleka lub tuszu (Schröder), które wstrzykujemy do pęcherza i uważamy, którędy płyn będzie występował, mianowicie czy przez które miejsce w ścianie przodkowej pochwy, czy przez ujście maciczne, gdyż w tym razie mielibyśmy do czynienia z przetoką pęcherzowo szyjną (*F. v. cervicalis*).

Jeżeli znowu z ujścia macicznego wypływa mocz, a płyn wstrzyknięty do pęcherza nie pokazuje się tamtędy, to świadczy to o przetoce moczowodowo macicznej (*F. urethero-uterina*). Tak samo, jeżeli przez widoczny w sklepieniu otworek wypływa mocz a nie wypływa płyn zabarwiony, mamy do czynienia z przetoką moczowodowo pochwową (*F. urethero vaginalis*), co już pierwej stwierdzić można było sondą, dającą się z łatwością wsunąć głęboko, ku górze i zewnątrz, w kierunku nerki.

Jakie ułożenie nadać chorej do badania prócz wyżej wskazanego, o tem pouczy każdorazowy przypadek, a zarazem wykaże, w jakim ułożeniu przetoka będzie dla operacyi najdostępniejszą.

Bardzo utrudnionem lub zupełnie niemożliwym może być dokładne badanie przez znaczne zwiężenia i zrosty w pochwie, tak, że dopiero powolne rozszerzania i nacięcia zwiężeń mogą je umożliwić. W bardzo trudnych przypadkach obieramy pęcherz jako drogę do badania po poprzedniem rozszerzeniu cewki sposobem Simona (str. 39).

**Rokowanie.** Jakkolwiek samoistne uleczenie nawet większych przetok jest możebnem, to jednak liczyć na to nie można. Jedynie w przypadkach świeżej przetoki pęcherzowo szyjnej lub bardzo małych przetok prawdopodobieństwo samoistnego uleczenia jest znacznie większem, nigdy zaś w przypadkach przetok o brzegach cienkich i zablźnionych. Pomimo bardzo wykształconych sposobów operowania przetok, dziś jeszcze wypada z ogólnej liczby 25% na nieuleczone, jakkolwiek niektórzy operatorowie szczyją się tem, iż mają więcej niż 90% uleczonych przypadków, co kłaść należy na karb specjalnego wykształcenia się i wprawy. Następnie uwzględnić na-

leży, że kilkorazowe nieudane próby spojenia przetoki mogą się przyczynić do powiększenia jej i utrudnienia następnych zabiegów.

W przypadkach znowu przetok skomplikowanych z ubytem cewki moczowej, pomimo uleczenia przetoki, może powstać niemożność powstrzymania moczu (*Incontinentia urinae*). W innych znowu przypadkach, celem zamknięcia przetoki użyć potrzeba takich sposobów, które wykluczają możebność zastąpienia lub spółkowania, a chore takie względnie uleczone mogą zapadać później na przewłoczny niezbyt pęcherza i miedniczek nerkowych. Rokowanie zatem zawisło od wielu względów, jak: od wielkości przetoki, jej granic, zachowania się brzegów, istnienia lub braku cewki moczowej i towarzyszących zmian w pochwie.

**Leczenie przetok** polega na umożliwieniu zrostu brzegów przetoki, czyli na zupełnem przywróceniu całości ściany, w której przetoka się znajduje. Osięgnąć to można w dwojaki sposób: albo drażnieniem brzegów wywołać bujanie ziarniny i zrost, lub krwawem odświeżeniem zabliznionych brzegów i zeszyciem ich.

Pierwszego sposobu użyć można w przypadkach niewielkich, świeżych przetok o grubych soczystych brzegach lub w razach przetok zabliznionych, lecz bardzo małych włosowatych lub też ukosnie przebiegających albo wreszcie otworków pozostałych po operacji przetoki. Dawniej, gdy się bezpośrednio spojenie przetoki nawet najlepszym operatorom wyjątkowo tylko udawało, używano sposobu drażnienia brzegów w każdym przypadku przetoki i używano ku temu celowi rozmaitych środków. Dziś prawie wyłącznie używamy lapisu, lub termokauteru Pacquelina, przyżegając brzegi przetoki i jej otoczenie. Drobne przetoki, w których utworzenie się samego strupa wystarcza do zatamowania odpływu moczu, najłatwiej goją się przyżeganiem kolcem platynowym, poczem należy, przez stałe założenie cewnika, umożliwić ciągły odpływ moczu z pęcherza.

Próby uleczenia większych przetok tym sposobem mogą pogorszyć warunki operacji, przyczyniając się do znacznieszego zbliznowacenia. Większe zatem przetoki lub drobne, które nie dały się uleczyć przyżeganiem, leczymy odświeżeniem brzegów i zeszyciem. (*Fistulorrhaphia*).

Do wydoskonalenia tego sposobu, który dawniej, z powodu niekorzystnych wyników, tacy operatorowie, jak Wutzer i Dieffenbach, zupełnie zarzucili, przyczynił się głównie sławny ginekolog amerykański Sims. Zasługa jego nie tyle polega na sposobie odświe-



zania i szycia, ile na podaniu doskonałego sposobu odsłonięcia przedkowej ściany pochwy, za pomocą łyżkowatego wziernika i uczynienia przetoki przystępną.

Jeżeli wybór czasu spojenia przetoki od nas zależy, to najlepiej przystąpić do operacji w 6 — 8 tygodni po porodzie, gdy wydzieliny połogowe zupełnie już ustały, części rodne są jeszcze soczyste, a brzegi przetoki grube i dobrze krwawiące. Im później, tem więcej występuje twarde, bliznowate utkanie, brzegi przetoki cieńszeją, stają się twardszymi, a zatem zmniejsza się powierzchnia przylegania i żywotność. Mimo to jednak i lata trwające przetoki leczą się przy zastosowaniu dokładnych sposobów operowania.

Jeżeli warunki są korzystne, mianowicie gdy reszta ścian pochwy jest zupełnie prawidłowa, pochwa obszerna i podatna, to można od razu przystąpić do operacji. W przeciwnym razie potrzeba operację poprzedzić leczeniem przygotowawczem.

Leczenie, które podał Bozeman i któremu zawdzięcza korzystne wyniki operacji poprzednio nieudanych, polega na systematycznym rozszerzaniu pochwy, za pomocą kul lub wałków ze zbitego sprężnika (Fig. 43), które godzinami i dniami całymi w pochwie pozostawiamy, wyjmując je kilka razy

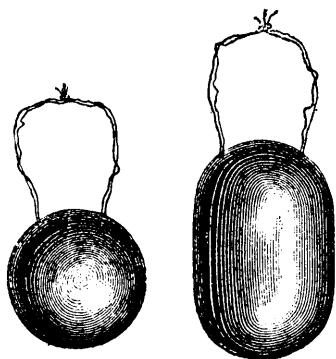


Fig. 43.

Kule Bozemana.

dziennie i przestrzykując pochwę kilku litrami wody cieplej, mającej 32° R. Miejsca bliznowato napinające się, nitki bliznowate, grube blizny ścian należy naciąć nożykiem, a następnie wsunąć znowu większe rozszerzadło. Stosownie do okoliczności takie przygotowawcze leczenie (*Preparatory Treatment*) może trwać całe tygodnie i miesiące, lecz ta strata czasu wy-

nadgradza się uzyskaniem obszerniejszego pola operacyjnego i zmniejszeniem napięcia zeszytych brzegów, co jest jednym z głównych warunków powodzenia. Niekiedy jednak ranki po nacięciach powstałe, rozciągane kulami i drażnione moczem, ropieją i sprawiają znaczne podwyższenia ciepłoty ciała lub też z powodu krótkości pochwy dilatatory utrzymać się w niej nie mogą. W tych przypadkach z dobrym skutkiem używa Hofmeier tamponady gazą jodoformową. Simon zaś ogranicza całe przygotowaw-

cze leczenie do nacięcia blizn tuż przed operacją i rozszerzenia stopniowem zakładaniem swoich wzierników rynienkowych.

Samą operację dzielimy na dwa akty, mianowicie: 1<sup>o</sup> odświeżenie brzegów i 2<sup>o</sup> zeszytie ich.

Odświeżenie brzegów. Do tego aktu, jak i do drugiego, koniecznem jest przedewszystkiem dokładne odsłonięcie pola operacyjnego.

Ważnem jest przedewszystkiem, jakie operowanej nadać ułożenie?

O tem rozstrzyga bardzo często upodobanie operującego lub też dany przypadek zmusza do pewnego ułożenia chorej. W ułożeniu kolanowo łokciowem, najwięcej dla chorej męczącym (w którym zawsze operuje Bozeman i operował L. Neugebauer) i uniemożliwiającem narkozę, najlepiej zostają odsłonięte przetoki wysoko umieszczone i cała ich okolica, często jednak cała przetoka lejkowato zapada się ku dołowi, co utrudnia odświeżanie brzegów. Dla największej ilości przypadków najstósowniejszem jest ułożenie grzbietowo pośladkowe (Simona) z przyciągniętymi do brzucha udami. Ułożenie boczno brzuszne Simsa jest dla chorej najwygodniejszem i szczególnie stósownem dla przetok nieco na boku ułożonych. Wówczas wybieramy ułożenie na ten bok, ku któremu przetoka więcej zbacza.

Samo odsłonięcie przetoki uskuteczniamy za pomocą łyżki Simona i dźwigni bocznych. Aby zaś wygodnie przystąpić można do odświeżenia brzegów, potrzeba je nieco napiąć, co osiągamy za pomocą haczyków lub kleszczyków ostrych i długich szczypek z haczykami (*Krallenpincette*).

Potem przystępujemy do zarysowania figury odświeżenia zapomocą właściwych, jak najostrzejszych, nożyków małych, osadzonych na długich trzonkach i pod różnym kątem zgiętych, już to co do powierzchni lub krawędzi. ostro zakończonych lub zaokrąglonych i t. d. Wielkość powierzchni odświeżenia zależy od zachowania się brzegów przetoki. Przyczyną, że się dawniej te operacje nie udawały, było także i zbyt skąpe odświeżanie. Obecnie, jakkolwiek jeszcze mówimy i piszemy o dwu rodzajach odświeżenia, t. j. o odświeżeniu wązkim czyli lejkowatym (*Steiltrichterförmige Anfrischung* Simona) i szerokim (*Flachtrichterförmige Anfrischung*), to jednak jest rzeczą pewną, że im szerszem jest odświeżenie w pochwie, to znacząco szerszemi powierzchniami przylegają do siebie spojone brzegi, tem większą jest pewność, że się z sobą zrosną. Dlatego też w każdym przypadku, gdy tylko takie przysunięcie brzegów jest możebnem,

aby całą powierzchnią odświeżoną przylegały do siebie, poleca się szerokie odświeżenie, a Fritsch<sup>1)</sup> idzie tak daleko, że odświeża na 2—3 cm. szerokości.

Stósownie do szerokości odświeżenia zakreślona figura będzie większą lub mniejszą, a kąty jej w kierunku spojenia przetoki muszą być wydłużone. Następnie wkłuwamy nożyk od granicy odświeżenia pod błonę śluzową, a wykłuwamy go w brzegu przetoki i wolnymi cięciami staramy się cały zarysowany płat obciąć do koła i ile można w całości, gdyż wtenczas mamy pewność, żeśmy nic nieodświeżonego nie zostawili. Gdyby się to jednak wydarzyło, ści-namy pozostawione części nożykiem lub długimi nożyczkami Boze-mana. Wogóle starać się trzeba o wycięcie wszystkiego, co jest bliżną brzegów, nawet na koszt powiększenia przetoki.

Jeżeli odświeżanie brzegów jest utrudnione z powodu ich zapadania się ku pęcherzowi, to ułatwiamy sobie podniesienie ich cewnikiem wsuniętym w pęcherz.

W przypadkach, w których przetoka moczowodowa znajduje się w brzegu pęcherzowej, należy albo tak odświeżyć brzeg, aby przetoka ta pozostała jeszcze w pewnym oddaleniu od wewnętrznego brzegu odświeżenia lub, jak radzi Simon, rozciąć nożyczkami kawałek moczowodu w górę ku pęcherzowi lub też wyciąć z niego mały klin.

Krwotok towarzyszący operacji powstrzymujemy zimnymi lodowami wstrzykiwaniami i uciskiem precikami owiniętymi wata. Najwięcej krwawi błona śluzowa pęcherza i dlatego, o ile się da, najlepiej jej unikać.

Zeszytanie przetoki. W zasadzie każda przetoka, jeżeli nie ma kształtu podłużnego lecz poprzeczny, powinna być spojona od przodu ku tyłowi, t. j. w kierunku fałdów pochwy. Równie jednak ważną jest zasada, aby spojć przetokę w kierunku najmniejszego napięcia brzegów. W razach zatem bardzo wielkich przetok odstępujemy od pierwszej zasady dla drugiej, nawet w tym stopniu, jak to wykonał Simon, że po zeszytciu brzegi zeszyte miały kształt litery „H”. Następnie jest najważniejszym warunkiem, aby brzegi po zeszytciu, całą odświeżoną powierzchnią ściśle do siebie przylegały. Temu warunkowi możemy tylko w ten sposób zadość uczynić, jeżeli

<sup>1)</sup> *Bericht über d. gynaeol. Operat. aus der Breslauer Frauen-Klinik.* 1893.

igłę wkłuwamy, ile można, blisko zewnętrznego brzegu odświeżenia a w samym wewnętrznym brzegu wykłuwamy i przeciwnie. Tak jednak wszystkie szwy założyć można tylko na przetoki, których brzegi łatwo się przybliżyć dają. (gdzie napięcie ich jest znaczniejsze. tam wkłuwamy igłę na  $\frac{1}{4}$  cm. od brzegu lub idąc za radą Simona, zakładamy szwy ujmujące sam tylko brzeg naprzemian ze szwami od brzegów odstapionymi. Szwy powinny być założone jak najgęściej, mniej więcej w odstępach 3 mm.

Materyał używany do szycia bywa rozmaity j. t. drut srebrny (Hegar), jedwab (Simon), *fil de Florence* (Winckel) i katgut (Illofmeier). Każdym z tych materyałów osiągnięto doskonale wyniki, zatem każdy jest dobrym. Drut srebrny ma tę korzyść, że nie potrzeba go zawiązywać na węzełek, lecz tylko skręcić przyrządem, którym się to łatwo wykonywa (*Drahtdreher*), lecz, jako materyał nie podatny, może łatwo brzeg przeciąć, nie sprawia tak ścisłego przylegania brzegów i może w pęcherzu tworzyć pętle sterzące, na których osadzają się sole moczowe, utrudniające jego wyjęcie. Każdy inny materyał potrzeba zawiązać na węzełek palcami, co czasem jest trudnem do wykonania. Najściślejsze jednak spojenie i najpewniejszy węzełek osiąga się jedwabiem.

Igły używane do szycia są albo zwykłe, o rozmaitych krzywiznach i różnej wielkości, trzymane na długich imadłach (*Nadelhalter*) lub igły na stałych trzonkach, bez których czasem nie można się obejść.

Po spojeniu przetoki w ten sposób, że zawiązujemy lub skręcamy szwy dopiero po założeniu wszystkich, wstrzykujemy do pęcherza letnią wodę aby się przekonać, czy nie wycieka pomiędzy szwami, i ewentualnie jeszcze więcej szwów dodać.

Fritsch<sup>1)</sup> zastósował z powodzeniem w wielu przypadkach przetok płatową metodę operowania. Postępuje on w ten sposób, że nie odświeża brzegów przetoki odcinaniem skrawka błony śluzowej, lecz oś długą przetoki przedłuża na obu końcach cięciami poprowadzonymi przez samą błonę śluzową, którą następnie przy samym brzegu przetoki oddziela od podstawy i w ten sposób utworzone dwa płaty spaja szwami ponad przetoką. Szczególnie wielkie korzyści ma przedstawiać ten sposób w przypadkach przetok ściśle jednym brzegiem przyczepionych do kości łonowych, gdy się wążki brzeg do kości przyrośnięty

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1888. str. 804.

odświeży, a płat utworzony w sposób opisany z brzegu podatniejszego do niego przyszyje.

Leczenie następowe jest bardzo uproszczone. Dobrze jest, jeżeli chora przez tydzień po operacji leży w ułożeniu boczno brzuszem. Pozostawienie cewnika stale w pęcherzu, znowu w najnowszych czasach bardzo gorąco poleca Fritsch<sup>1)</sup>, gdy dotychczas, pomimo niewątpliwych korzyści z takiego postępowania, większa część operujących obawiała się niezytu pęcherza i połączonego z nim parcia na mocz.

Czas wyjęcia szwów zależy nie tylko od użytego do nich materiału, lecz i od ich zachowania się. W 6 dni po operacji należy zbadać, czy szwy nie przerzynają brzegów, aby je w danym razie usunąć, miejsce szwu przylapisać i zapruszyć jodoformem. Druk srebrny, może pozostać do 2 tygodni, podczas gdy nici potrzeba około 8-go dnia usunąć. Szwów katgutowych całkiem się nie wyjmuje.

Jeżeli operacja udała się, to chore przez cały czas leżą sucho. Jeżeli zaś brzegi nie zrosły się, to zazwyczaj od 3 lub 4 dnia po operacji chore znowu „podmakają“, co i wcześniej następuje po przedarcu brzegu lub puszczeniu szwu. Pomimo to może być jeszcze wynik operacji względnie dobrym przez zmniejszenie przetoki.

**Operacja przetok w warunkach utrudnionych.** Wielkość przetoki i niepodatność jej brzegów bywa częstym utrudnieniem w powodzeniu operacji lub całkowicie ją uniemożliwia. W takich przypadkach można próbować zmniejszenia przetoki operacjami częściowymi lub kombinując zamknięcie jej za pomocą spojenia brzegów z zamknięciem zapomocą płatu błony śluzowej z sąsiedniej części pochwy lub warg sromowych. Należy wówczas bardzo dbać o to, aby płat utworzony posiadał szerokie połączenie z resztą błony śluzowej i aby przesunięcie go czyli skręcenie tego połączenia nie było znacznem. Lecz i zamknięcie przetoki za pomocą płatu niekoniecznie musi być odrazu całkowitem. Podług Fritscha<sup>2)</sup> przedstawia nawet znaczne korzyści częściowe zamknięcie płatowe, a dopiero gdy płat przyrośnie, spojenie brzegów łatwiej dających się przysunąć. Wogóle przetoki wielkie dają powód do najliczniejszych pomysłów i sadzenia się na sposoby, aby tylko uniknąć, ile można,

<sup>1)</sup> l. c. str. 128. — <sup>2)</sup> tamże.

bardzo niepomysłnej konieczności zeszywania pochwy poniżej przetoki (*Colpokleisis*), o czem później będzie mowa.

Dla przetok wielkich, połączonych ze znacznym ubytkiem pęcherza i przyrośnięciem przodkowego brzegu do spojenia kości łonowych, podał pierwszy Trendelenburg<sup>1)</sup> sposób operowania ich nie od pochwy, lecz od pęcherza za pomocą cięcia wysokiego (*Sectio alta*), przyczem brzegi przyrośnięte do kości bywają odzielone.

Dwie przetoki jeżeli tak blisko siebie leżą, że dzielący je skrawek pochwy jest za wązkim do odświeżenia i osobnego zeszywania, odświeżamy wspólnie dokoła jak jedną przetokę i zeszywamy.

Przetoki połączone z całkowitem lub częściowym zniszczeniem cewki moczowej. Jeżeli brak środkowej części cewki, a przodkowa i tylna są całe, to albo za radą Baker-Browna tworzymy naprzód część środkową, przebijając jej resztę, przyrośniętą do spojenia kości łonowych, trójgranicem wprowadzonym w otwór cewki moczowej, który wykłuwamy w pęcherzu przez utrzymaną tylną część cewki, a utworzony przewód staramy się świeczkami utrzymać w drożności lub, jak radzi Simon, odświeżamy tylny brzeg przodkowej części cewki i przodkowy tylnej i zeszywamy je ze sobą, z wykluczeniem części środkowej.

Najrozpaczliwszem jest położenie w przypadkach zupełnego braku cewki, gdyż sposoby używane do jej utworzenia okazały się nieprzydatnymi. Że i tu jednak można czasem osiągnąć wyniki zadziwiające, świadczy przypadek Fritscha<sup>2)</sup>, który utworzył cewkę z płatu błony śluzowej wargi małej, przszytego jako dolna ściana cewki, i tym sposobem cel w zupełności osiągnął.

Przetoki pęcherzowo szyjne zeszywa się po obustronnem rozcięciu szyi macicznej, odchyleniu warg, wyszukaniu przetoki i odświeżeniu.

Jeżeli odszukanie przetoki jest niemożliwe, a przyżegania szyi macicznej nie prowadzą do pożądanego celu, pozostaje tylko odświeżenie brzegów warg macicznych lub powierzchni szyi i zeszywanie ich (*Hysterokleisis*).

Przetoki pęcherzowo-pochwowo-maciczne powierzchowne, w których tylny brzeg utworzony jest tylko przez wargę przodkową zeszywamy, po odświeżeniu przodkowego brzegu i wargi

<sup>1)</sup> *Samml. Klin. Vortr.* Nr. 355. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gynaecol.* 1887. Nr. 34.

poprzecznie, t. j. tak, że wargę zeszywamy z przodkowym brzegiem przetoki.

Przetoki pęcherzowo pochwowo maciczne głąbokie, w których brak częściowy lub całkowity wargi przodkowej, staramy się zawsze, ile jeszcze można, po odświeżeniu całego pozostałego brzegu szyi macicznej i brzegu przetoki zeszyć w kierunku podłużnym (Hegar). Gdzie to niemożliwe, pozostaje jedyne wyjście w zeszyciu odświeżonej tylnej wargi macicznej z przodkowym brzegiem przetoki. Wówczas zostaje macica wykluczona z pochwy, a krew miesięczkowa odpływa przez pęcherz moczowy.

Przetoka moczowodowo pochwowa. Celem operacji nie może tu być zamknięcie przetoki, lecz wykluczenie jej z pochwy i wprowadzenie do pęcherza, co się tylko w ten sposób osiągnąć daje, że tworzymy w bezpośrednim sąsiedztwie tej przetoki przetokę pęcherzowo-pochwową, a następnie odświeżamy brzeg obu przetok wspólnie (tak jak w przypadkach przetoki pęcherzowo pochwowej, kombinowanej z moczowodową) i zeszywamy na cewniku wsuniętym z pęcherza w otwór moczowodu. Simon, który pierwszy podał ten sposób, przebijał pęcherz trójgrańcem w miejscu przetoki, następnie na sondzie wsuniętej w moczowód rozcinał go na  $1\frac{1}{2}$  cm. od strony pęcherza i przez zakładanie cewnika w moczowód przeszkadzał jego zrostowi, poczem po zabliźnieniu odświeżał brzegi i zeszywał przetokę wspólną. Landau zeszył przetokę na cewniku, który z ośrodkowej części moczowodu wprowadził w część obwodową (pęcherzową) i wprowadził przez cewkę moczową.

Przetoka moczowodowo-maciczna nie jest przystępną leczeniu bezpośredniemu i dlatego uciec się musimy do sposobów pośrednich, mianowicie do zeszywania pochwy poniżej części pochwowej, po poprzednim utworzeniu przetoki pęcherzowo-pochwowej lub też do wycięcia odpowiedniej nerki (Credé i Zweifel).

W przypadkach przetok wogóle, które bezpośrednio nie dadzą się zeszyć, musimy uciec się do ostatecznego środka, t. j. zeszywania pochwy poniżej przetoki (*Colpokleisis* Simona). Z wykształceniem sposobów operowania przetok zmniejszyły się znacznie i wskazania dla tej operacji, która wyklucza zupełnie możliwość zastąpienia, a zwykle i spółkowania. Ażeby przynajmniej to ostatnie umożliwić, zaleca się, o ile na to pozwala położenie przetoki, zamknięcie pochwy jak najwyżej, t. j. tuż poniżej przetoki w kierunku poprzecznym lub nieco ukośnym. W tym celu cały obwód pochwy odświeżamy, wyci-

nając z błony śluzowej pasek szerokości  $1\frac{1}{2}$  cm., poczem zeszywamy przodkową ścianę pochwy z tylną zakładając szwy pod całą odświeżoną powierzchnią dolnego paska z dołu w górę i górnego z góry na dół. Szwy zawiązujemy dopiero po założeniu wszystkich. Operacja ta może być tylko w tych przypadkach korzystną, gdy istnieje jako tako działający mięsień *sphincter vesicae*. W przeciwnym przypadku gdy nie istnieje możebność zatrzymania moczu, nie osiągamy nią żadnej korzyści i nie pozostaje nic innego, jak sposób podany przez Rosego, mianowicie *obliteratio vulvae rectalis*, który polega na zupełnem zaszyciu pochwy i otworu cewki moczowej. Poprzednio jednak należy utorować odpływ moczu i krwi miesięczkowej przez odbytnicę, tworząc sztuczną przetokę pochwowo-odbytnicową (nie wysoko ponad *m. sph. ani*), z obszyciem jej brzegów. W niektórych przypadkach wynik tej operacji bywa zadawalającym, w innych dolegliwości bywały tak znaczne, że nawet po kilku miesiącach trzeba było pochwę napowrót otworzyć. W przypadku Schrödera, w 10 miesięcy po operacji, nagromadziła się w pochwie bardzo znaczna ilość rozłożonego moczu i kału, a sztuczna przetoka pochwowo-odbytnicowa, pomimo częstego rozszerzania palcem, bardzo znacznie się zwęziła.

### **Przetoki kałowe pochwy. *Fistulae stercorales vaginae*.**

Pochwa może zapomocą przetoki stale komunikować z odbytnicą (*Fistula recto-vaginalis*) lub z kiszczkami cienkimi (*Fistula ileo-vaginalis*).

### **Przetoki odbytnicowo-pochwowe. *F. recto-vaginales*.**

**Przyczyną** najczęstszą tych przetok bywa także poród. Z powodu jednak bocznego ułożenia odbytnicy we wklęsłości kości krzyżowej nie jest ona narażoną na tak bezpośredni ucisk o brzegi kostne jak przodkowa ściana pochwy i pęcherza. Dlatego też przetoki te, o wiele rzadsze, nie powstają skutkiem ubytku po zgorzelińowem oddzieleniu się części ściany wspólnej, lecz pochodzą albo z rozdarcia przegrody pochwowo-odbytnicowej lub częściej powstają jako niezagojone części po zupełnem przedarciu międzykroczca. Także mogą one powstać w połogu skutkiem głębokich wrzodów błonicowych (Schröder). Rzadszemi są przedarcia narzędziami użytymi do operacji lub kanką strzykawki, jako też inne urazy, jak upadnięcie na ostry przedmiot. Krażki



zaniebane mogą również przez wywołane owrządzenia sprawić przetokę pochwowo-odbytnicową. Najrzadszą przyczyną bywa ropień tkanki łącznej okołopochwowej, który przebiega w dwóch kierunkach i tworzy przewód przetokowy.

**Anatomia patologiczna.** Przetoki pochwowo odbytnicowe bywają rozmaitej wielkości, mianowicie od najmniejszych, aż do tak wielkich, że brak prawie całej tylnej ściany pochwy. Najczęściej bywają przetoki umieszczone w dolnej części pochwy, a wysoko umieszczone należą do rzadkości, wyjąwszy przypadki gdy pozostały po niepełnem zagojeniu zeszytego przedarcia przegrody odbytnicowo-pochwowej.

**Objawy i przebieg** zawisły od wielkości przetoki. Małymi przetokami odchodzą tylko gazy przez pochwę, podczas gdy przez większe lub wielkie odchodzi kał częściowo lub w całości.

**Rozpoznanie** jest łatwe w przypadkach przetok niezbyt małych, gdyż już wywiady nasuwają myśl o ich istnieniu. Małych przetok szukamy, rozchylając haczykami fałdy pochwy i badając dostawanie się płynów zabarwionych, oblicie w odbytnicę wstrzykiwanych.

**Rokowanie.** W porównaniu z przetokami pęcherzowemi, okazują przetoki pochwowo-odbytnicowe znacznie większą skłonność do zmniejszania się i samoistnego uleczenia przez ziarninę brzegów, rozumie się w pewnych granicach, tak, że tylko w przypadkach małych przetok liczyć na to można. Pod względem rokowania o wyniku operacji, to wcale nie jest ono lepszem niż w razach przetoki pęcherzowej, tak, że nieraz nawet niewielkie przetoki zawodzą w leczeniu. Do niepomyślnych wyników przyczynia się wyłączenie odbytnicy gazami, przesuwanie się twardych kawałków kału, oraz parcie potrzebne do wypróżnienia kiszki.

**Leczenie.** W przypadkach małych przetok można liczyć na pomyślny skutek, podniecając dążność do zmniejszania się ich zapomocą przyżegania lapisem lub termokauterem. Większe przetoki operujemy tak samo jak moczowe, starając się, o ile to możebne, zeszyć je w kierunku poprzecznym. Jeżeli zaś przetoka powstała jako niezrośnięta część całkowitego przedarcia międzykrocza, lub znajduje się nisko, to najlepiej przeciąć całą przegrodę pochwowo odbytnicową wraz z mięśniem *sph. ani*, odświeżyć brzegi przetoki i zeszyć wszystko tak, jak w przypadkach zupełnego przedarcia międzykrocza.

Sä n g e r<sup>1)</sup> podał dla tych przetok sposób płatowego operowania, podobnie jak R r i t s c h (str. 129) dla przetok moczowych

<sup>1)</sup> *Geb. Ges. in Leipzig. Referat. u. Centralbl. f. Gyn.* 1891 str. 145. —

polegający na potrójnym szwie, gdyż zeszywa osobno błonę śluzową кишки od odbytnicy, osobno spaja brzegi samej przetoki ogołoczonej z błony śluzowej, której płaty dopiero nad spojoną przetoką zeszywa.

Wielkie przetoki poleca Simon operować od кишки stolcowej a w przypadkach niemożebności bezpośredniego zamknięcia zeszywie pochwy poniżej przetoki.

Czy w rozpaczliwych przypadkach dałby się z powodzeniem zastosować sposób podany i wykonany przez Ziembickiego<sup>1)</sup>, (u mężczyzny), a polegający na zupełnem odpreparowaniu odbytnicy i nadaniu jej takiego skrętu, aby otwór pochwy i odbytnicowy minęły się, może dopiero przyszłość okazać.

#### Przetoki jelitowo-pochwowe. F. ileo-vaginales.

**Przyczyny.** Przetoki te wydarzają się w porównaniu z innymi bardzo rzadko, a przyczyn również szukać należy w porodzie. Połączenie stałe jelita cienkiego z pochwą, zapomocą przetoki, powstać może w dwójaki sposób: Albo jelita cienkie, znajdujące się przypadkowo (lub może poprzednio przyklepione) w zatoce Douglasa, zostały tak uciśnięte pomiędzy główką a kością krzyżową, że powstało częściowe obumarcie ścian, i po poprzednim zlepieniu przebicie tylnego sklepienia (*F. ileo vaginalis*), albo też nastąpiło przedarcie tylnego sklepienia w czasie porodu i przez utworzony otwór wypadła pętla kiszki, która zaciśnięta brzegami, zgorzeliwinowo się oddzieliła i w ten sposób powstała nie przetoka w ścisłem znaczeniu, lecz *anus praeternaturalis*, t. z. dwa końce kiszki całkiem ze sobą niepołączone, wrosnięte w otwór. Ponieważ zaś warunki do powstania tych przetok rzadko się wydarzają, zatem i przetoki te zaliczamy do rzadkości.

**Anatomia patologiczna.** Siedzibą tych przetok bywa tylne sklepienie. Zwykle przetoki jelitowe mogą mieć rozmaitą wielkość, lecz w każdym razie okazują również skłonność do zmniejszania się. *Anus praeternaturalis* tworzy dwa otwory rozdzielone przegrodą pochodzącą z dwóch ścian kiszki przylegających do siebie.

**Objawy i przebieg.** Stałym objawem jest mimowolny odpływ przez pochwę żółtawej miazgi pokarmowej, następujący w 1 — 2 godzin po jedzeniu.

<sup>1)</sup> *Une nouvelle méthode pour la cure des fistules recto urethrales.* Paris 1890.

**Rozpoznanie** polega na wykryciu przetoki palcem i wziernikiem i wykluczeniu przetoki pochwowo odbytnicowej przez wstrzykiwania w odbytnicę płynów, które przez przetokę nie wypływają.

**Leczenie** tej przetoki takie samo jak każdej innej. W przypadkach *anus praeternaturalis* potrzeba naprzód utworzyć z niego zwykłą przetokę, przez zniszczenie przegrody kleszczami kiszkowemi Dupuytren'a na 3 cm. wysoko, i następnie operować jak zwykle.

## Ból pochwy czyli pochwica. Vaginismus.

Nazwą *Vaginismus* oznaczył Sims cierpienie, które, podług jego określenia, polega „na wygórowanej przeczulicy błony dziewiczej i wejścia pochwowego w połączeniu z silnymi, mimowolnymi skurczami mięśnia *sph. cunni*, wywoływanych przez najbliższe dotknięcie“.

**Przyczyny.** Najczęściej podlegają temu cierpieniu młode mężatki, wkrótce po ślubie, co dowodzi, że głównej a raczej najbliższej przyczyny należy szukać w pierwszych próbach spółkowania.

Na powstanie jednak składają się rozmaite przyczyny, mianowicie psychiczne, nerwowe i mechanicznie drażniące.

Przyczyn psychicznych szukać należy w obawie i nieświadomości tego, co ma nastąpić po ślubie. Do tej przyczyny odnosimy dowolny skurez mięśni, który nietylko występuje z obawy przed spółkowaniem, lecz także prawie zawsze z obawy przed badaniem palcem u dziewcząt i to w takim stopniu, że wsunąć go nie można. Skurez ten można porównać z zaciskaniem powiek u dzieci, których oczy badać chcemy. Im obojętniejszym jest stosunek pomiędzy małżonkami, tem mniej poświęcenia dla zniesienia bólu i tem większe przeszkody w spółkowaniu.

Z większą nerwowość, pochodząca z histeryi, bywa przyczyną większej dotkliwości i odruchowości. Znane mi są histeryczki, które kilkakrotnie rodziły i spółkują bez bólów, u których bardzo bolesny skurez nastaje w czasie badania palcem, a o wsunięciu wziernika nawet mowy nie ma.

Najważniejszymi są wreszcie przyczyny wynikające z drażnienia przez długo trwające próby spółkowania. Że spółkowanie całkiem się nie uda lub niedostatecznie się udaje polega albo na zbytnej wielkości prącia, lub na nieumiejętności postępowania lub na właściwościach części płciowych kobiecych, jak wrodzonej wężkości i zachowaniu się błony dziewiczej, nieprawidłowem poło-

zeniu wejścia pochwowego, znacznem pochyleniu miednicy, a w końcu i na osłabieniu płciowem męża, zatem niedostatecznem naprężeniu prącia, i częstem drażnieniu bez zadowolenia płciowego.

Schröder bardzo słusznie podnosi jako ważną przyczynę pochwy takie wysunięcie wejścia pochwowego ku przedowi, że ono częściowo leży na spojeniu kości łonowych, którego dolny brzeg czasem znajdujemy niżej, niż ujście cewki moczowej. W tych przypadkach prącie działa albo w kierunku zagłębienia zatoki czółenkowatej (*Fossa navicularis*) i główny ucisk wywiera na nią, omijając właściwą drogę, albo też w kierunku cewki moczowej, którą przyciska do spojenia łonowego, lub rozszerza ją powoli przez wpychanie w pochwę jej cebulki (*Bulbus urethrae*).

Błona dziewicza nie tylko nieprawidłową tęgoscą może utrudniać spółkowanie, lecz może je uczynić bardzo bolesnem, gdy otwór w niej jest dostatecznie wielkim, aby, bez przedarcia, prącie mogło być wciśniętem. Spółkowanie bowiem po przedarcie błony dziewiczej jest mniej bolesnem niż w razie rąbka, który każdym razem bywa rozciągany (Schröder).

Jeżeli z którejkolwiek z podanych przyczyn spółkowanie jest utrudnionem lub niemożliwem, a próby ciągle się odbywają, to powstać mogą powierzchowne pęknięcia błony śluzowej, zapalenia, wrzodziki pokryte żółtawą wypociną, zaczerwienienia, zwiększona wydzielina i t. d. Powikłania te zwiększają w wysokim stopniu bolesność i obawę spółkowania i bywają przyczyną silnych ołruchowych skurczów tonicznych mięśnia *sph. cunni*, lub nawet całej muskulatury dna miednicy razem z mięśniami *levator* i *sph. ani*, które występują już za najlżejszem dotknięciem palcem lub prąciem lub nawet za zbliżeniem ich. Teraz i próby spółkowania stają się niemożliwe, a myśl o nich działa w przygnębiający sposób na chore, tak, że zmienia się ich usposobienie, następuje przygnębienie moralne, utrata apetytu, złe trawienie, chudnięcie, objawy niedokrewności i podwyższona nerwowość. W ten sposób obraz pochwy staje się zupełnym. Dodać jednak należy, że zupełnym bywa i wtenczas, gdy brak wszelkich zmian na częściach płciowych.

Częściej wydarza się, że pomimo lekkiego stopnia pochwy spółkowanie było możliwe, a dopiero w miarę powtarzania i nieczłownego lub gwałtownego postępowania wytwarza się całkowity jej obraz. W tych przypadkach albo duży otwór nieprzedartej błony dziewiczej przepuszcza prącie albo też błona jest przedartą, a resztki jej okazują

szczególnością dotkliwość i skureczowe odruchy w czasie dotykania, lub miejsca pochwy tuż za błoną dziewiczą szczególnie bywają dotkliwymi, albo też we wejściu pochwy lub najbliższej okolicy znajdujemy bardzo bolesne, małe, okrągłe, zaczerwienione plamki.

Wobec możebności spółkowania może i ciąża nastąpić i ustąpić bolesność. Wyjątkowo jednak może pochwica trwać podczas ciąży lub, gdy ustąpi, powrócić po porodzie. Nierzadko jednak powstaje pochwica i wówczas gdy spółkowanie poprzednie nie było bolesnem i to, o ile z kilku przypadków sądzić mogę, na podstawie rozwijającej się niedokrewności lub powrotu błednicy.

Inne przyczyny pochwy są o wiele rzadsze, jak: samogwałt, zakażenie rzeżączkowe (A. Martin), blizna po skaleczeniu (Z weifel), szczelina stolcowa (*Fissura ani*), a w jednym przypadku Schrödera każdorazowa ciąża.

**Rozpoznanie** polega na stwierdzeniu wygórowanej dotkliwości wejścia pochwowego, skureczów tonicznych mięśnia *sph. cunni* i na wyszukaniu przyczyn ogólnych i miejscowych, jak: towarzyszących zmian anatomicznych, mianowicie stanów zapalnych, obrzmięń, pęknięć błony śluzowej, zachowania się błony dziewiczej lub jej resztek i istnienia lub braku miejsc szczególną okazujących dotkliwość i wytwarzających odruchy mięśniowe.

**Leczenie** pochwy prawie we wszystkich przypadkach jest skutecznem, jakkolwiek czasem wymagać może dłuższego czasu.

Ogólnem prawidłem w leczeniu jest zupełne zaprzestanie spółkowania dopóty, dopóki lekarz na to nie pozwoli. Jeżeli istnieje komplikacya z stanem zapalnym sromu, to najlepiej zalecić spokój, obmywania i okłady wodą ołowiową (*Aq. Goulardi*). Najszybciej jednak prowadzi do celu przypędzelkowanie sromu i wejścia pochwowego rozcynem lapisu 1:30. Po usunięciu tego powikłania rozpoczyna się właściwe leczenie pochwy.

Jeżeli błona dziewicza nieprzedarta (co rzadziej się wydarza) należy ją naciąć i przystąpić do leczenia za pomocą systematycznego rozszerzania wejścia pochwowego. Sims używał ku temu celowi osobnych szklanych dilatatorów, a obecnie polecają jako takie wzierniki od najwęższych stopniowo do szerszych. Wsuniecie jednak wziernika zawsze jest boleśniejszem, a niekiedy niemożebnem, z powodu brzegów, które silnie drażnią gwałtownem rozwieraniem. Dlatego też od dawna używam w tym celu zwykłych wzierników kąpielowych, w trzech grubościach, na które nasuwam palec gutaperkowy i dobrze posmarowany

wazeliną wsuwam w pochwę na tak długo, aż ból wywołany zupełnie nie przemienie, co trwa najdłużej  $\frac{1}{2}$  godziny. Następnego dnia nasuwam drugi palec gutaperkowy na poprzecznym i t. d. dopóki wzienik nie dosięgnie grubości średniego, z którym tak samo postępuje. W czasie gdy wzienik leży w pochwie po ustaniu bólów, dobrze jest wykonać nim parę razy ruch okrężny, uciskając każde miejsce wchodu, wyjąwszy cebulki cewki moczowej. Zwykle 10 — 15 dni takiego leczenia wystarcza, tak, że gdy bez znacznego bólu uda się wsunięcie wzienika najmniej 3 cm. średnicy mającego, można dozwolić spółkowania po pouczeniu obu stron, jak się mają zachować stósownie do położenia części płciowych. Bardzo przeważna liczba przypadków bywa w ten sposób uleczoną, a to co podnosi Schröder, że kobiety uleczone z pochwy bardzo rychło potem zastępują, miałem sposobność stwierdzić prawie we wszystkich przypadkach uleczonych.

Wyjątkowo bywa opisane leczenie niemożliwym, jeżeli albo reszty błony dziewiczej są bardzo dotkliwe lub przeważa forma skurczowa. W pierwszym przypadku można spróbować, przed wsunięciem rozszerzadła, znieczulenia miejscowego roztworem kokainy 15 — 20%, a jeżeli to nie prowadzi do celu, poleca się wycięcie resztek błony dziewiczej z obszcieniem brzegów, aby nie powstała blizna zwięzająca wejście pochwy. W jednym przypadku bardzo gwałtownej pochwy u kobiety ciężarnej znalazłem nienaruszoną błonę dziewiczą, którą nie wahałem się wyciąć, pomimo ciąży, w narkozie w sposób podany, a skutek był doskonały.

W formie czysto skurczowej pozostaje wykonanie gwałtownego rozszerzenia (*Hyperextensio*), co wykonywa się w zupełnej narkozie w ten sposób, że w wejście pochwy wprowadzamy wielkie palce obu rąk i rozprężamy je silnie w kierunku poprzecznym. Rozdarcie podskórne włókien mięsnych można czasem czuć pod palcami.



## ROZDZIAŁ CZWARTY.

---

# Choroby macicy.

---

### Wady utworowe.

W opisie wad utworowych macicy odwołujemy się do opisanego na str. 87. rozwoju płodowego tego narządu, który wraz z trąbkami i z pochwą powstaje z przewodów Müllеровskich, zatem z wspólnego organu płodowego. To też i wady utworowe, które polegają na braku lub upośledzeniu rozwoju tych przewodów, zazwyczaj nie ograniczają się do ich części środkowej, z której tworzy się macica, lecz przekraczają tę granicę w obu kierunkach, a szczególnie ku dołowi, tak, że wadom utworowym macicy często towarzyszy zupełne lub częściowe upośledzenie rozwoju pochwy.

Wady utworowe macicy dadzą się w następujący sposób ugrupować:

#### I. Zanik przewodów Müllera.

1. Przewody po obu stronach zanikły, zatem będzie:

- a. zupełny brak macicy (*Defectus uteri*),
- b. macica szczątkowa (*Uterus rudimentarius*).

2 Jeden przewód Müllera zaniknięty lub szczątkowy, a drugi dobrze rozwinięty.

a. macica jednoróżna (*Uterus unicornis*),

b. macica jednoróżna z drugim rogiem szczątkowym (*Uterus unicornis cum cornu rudimentario*).

#### II. Wady połączenia się przewodów Müllera.

1. Oba przewody rozwinęły się równo, lecz całkiem osobno bez zlania się w jeden narząd: macica i pochwa podwójna (*Uterus et vagina duplex v. didelphys*).

2. Przewody oba częściowo lub w całej długości łączą się z sobą, bez zlania się w wspólną jamę:

a. podział na dwie połowy uwidocznia się na zewnątrz, macica dwurożna (*Uterus bicornis*).

b. podział od zewnątrz całkiem niewidoczny istnieje jako przegroda jamy: macica dwukomorowa, czyli przedzielona (*Uterus bilocularis v. septus*).

III. Po prawidłowym utworzeniu się macicy ustaje jej dalszy rozwój. Macica płodowa (*Uterus foetalis*) i dziecięca (*Uterus infantilis*).

### Brak macicy i macica szczątkowa. Defectus uteri et uterus rudimentarius.

Obie te formy uważamy klinicznie za brak macicy, gdyż istniejące szczątki często nie dają się badaniem wysledzić. Jeżeli zatem badanie nie wykazuje ani śladu macicy, to rozpoznajemy zupełny jej brak. Przypadki zaś, w których i badanie anatomiczne ani szczątko macicy nie wykazuje (choćby tylko w postaci pasemek mięśni gładkich), należą do najrzadszych. Jeżeli wobec zupełnego braku macicy brak też i jajników to mamy do czynienia z istotami bezpłciowymi.

W braku macicy przylega pęcherz moczowy do odbytnicy, a więzadła okrągłe gubią się w tkance łącznej pomiędzy nimi. Istniejące zaś szczątki macicy mogą się znajdować w rozmaitej ilości i postaci jako pasemka włókien mięsnych podłużne, poprzeczne lub jako dwa oddzielne postronki boczne lub w postaci litery T (*Uterus rudimentarius bicornis*), gdzie ramie prostopadłe jest szczątkiem szyi macicznej, a poprzeczne szczątkowymi rogami, w których znajdują się mogą jamki wyścielone błoną śluzową (*Uterus bipartitus*).

Jeżeli trąbki znajdują się obok szczątkowej macicy, to bywają pełne, bez przewodów czyli ślepe, a tylko ich ujście brzuszne (*Ostium abdominale*) ze strzępkami może być rozwinięte. Węzadła szerokie macicy (*Ligg. lata*) w obecności trąbek i jajników tworzą fałdy poprzeczne po obu stronach pęcherza moczowego.

Jajników może zupełnie brakować lub też są szczątkowe, nierzadko jednak bywają bardzo dobrze wykształcone, tak, że odbywa się jajczkowanie (*Ovulatio*) obok zupełnego braku regularności.

Pochwy albo zupełny brak albo bywa krótka, ślepo się kończąca. Uderzającym bywa często zupełnie prawidłowy rozwój części płciowych zewnętrznych i sutków, nawet obok braku jajników a miednica, choć mała, nie miewa typu miednicy męskiej. Ogólny typ bywa zawsze kobiecym, jakoteż głos i skłonności.



Spółkowanie w przypadkach pochwy szczątkowej, jest tylko częściowo możebne przez mechaniczne jej zagłębianie, a w razie zupełnego jej braku odbywać się może nieświadomie przez rozszerzoną cewkę moczową.

**Rozpoznanie.** Badając palcem, stwierdzamy brak pochwy lub krótki, ślepy woreczek, co naprowadza nas na domysł braku macicy. Badamy zatem przede wszystkim jednym lub dwoma palcami przez odbytnicę, a drugą ręką od powłok (w warunkach utrudnionych w narkozie), starając się każde dostępne miejsce ująć pomiędzy palce obu rąk. W ten sposób stwierdzamy brak zupełny macicy lub jej szczątki, jeżeli jakiegokolwiek wyraźne zgrubienia lub ciała postronkowate ujmiemy pomiędzy palce. W innych przypadkach uda nam się wybadać od środka pomiędzy pęcherzem a odbytnicą ku zewnątrz odchodzące ciała postronkowate, będące szczątkami rogów macicznych. Jeżeli zaś w przebiegu tych postronków wyczuwamy zgrubienie ograniczone, to śmiało przypuszczać możemy, że mamy do czynienia z szczątkową jamą jednej połowy macicy (*Uterus bipartitus*), tak, jak się to udało rozpoznać **K y m a r k i e w i c z o w i**<sup>1)</sup>.

Jeżeli badanie od powłok brzusznych jest utrudnionem, to wsuwamy w pęcherz moczowy metalowy cewnik męzki, który zwracamy dziobem ku tyłowi i badamy warstwy, znajdujące się pomiędzy nim a palcem. Jeżeli cewka moczowa jest przez spółkowanie rozszerzona, możemy badać palcem drugiej ręki przez pęcherz.

Jeżeli stwierdzimy zupełny brak macicy, a jajników nie uda nam się wysledzić, to nie zawadzi pamiętać o możebności obojnicactwa męzkiego (*Hermaphroditismus masculinus*) i należy dokładnie wybadać kanały pachwinowe i wargi wielkie, w których mogą się znajdować jądra.

**Leczenie** samej wady utworowej byłoby częściowo o tyle możebnem, o ile da się wytworzyć jaką taką pochwę przydatną do spółkowania, w sposób na str. 93 opisany. W razie bardzo rzadko wydarzających się bólów miesięcznych (*Molimina menstrualia*) może nasunąć się konieczność wytrzebień (*Castratio*), które pierwszy z tego powodu wykonał **T a u f f e r**, później **L a n g e n b e c k**, **S a v a g e**, **K l e i n w ä c h t e r** i **F r i t s c h**. **L e o p o l d** odjął razem z jajnikiem i róg szczątkowy, umieszczony w przepuklinie pachwinowej.

<sup>1)</sup> *Centrallbl. f. Gyn.* 1889 Nr. 9.

### Macica jednoróżna. Uterus unicornis.

Z jednego przewodu Müllera wykształciła się tylko połowa macicy, drugiej zaś połowy albo zupełnie niema albo też istnieje jako róg szczątkowy (*Uterus unicornis cum cornu rudimentario*). Wykształcona połowa nie posiada kształtu prawidłowej macicy, lecz okazuje największą grubość w części szyjnej, a ciało jej zwęża się znacznie ku trąbce i łukowato się ku tej stronie zagina (Fig. 44). Przewaga szyi nad ciałem macicy podobna tu do tej, jaką znajdujemy w macicy płodowej i dziecięcej.

Jednoróżna macica posiada dobrze rozwiniętą trąbkę i jajnik, część zaś pochwową zawsze drobną, a pochwa dziewicza bywa uderzająco wąską, czasem z powodu jednostronności (*Vagina unilateralis*). Jeżeli drugiego rogu zupełnie niema, to brak po tej stronie i trąbki i jajnika. Gdy róg szczątkowy istnieje, to albo bez związku z rogiem wykształconym albo też w związku z nim. W ostatnim przypadku róg szczątkowy odchodzi jako ciało postronkowane od szyi macicznej w wy-

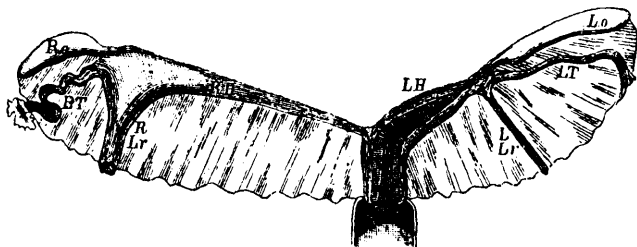


Fig. 44.

Macica jednoróżna z drugim rogiem szczątkowym. LH, lewy róg rozwinięty, LT, lewa trąbka, Lo, lewy jajnik, R, róg szczątkowy, Lr, więzy okrągłe, RT, prawa trąbka, Ro, prawy jajnik.

sokości ujścia wewnętrznego i prosto na bok, jako ciało na 10—15 cm. długie, okazujące zgrubienie w miejscu uczepienia się więzu okrągłego (Fig. 44). Róg szczątkowy albo bywa ślepy albo też posiada przewód, mający ujście w górnej części szyi rozwiniętej połowy lub bez ujścia a w miejscu zgrubienia zawiera jamkę. U płodów znajdowano po stronie braku lub szczątkowego rozwoju rogu macicy także brak nerki lub puchlinę nerkową (*Hydronephrosis*).

Czynności płciowe w przypadkach jednoróżnej macicy mogą być zupełnie prawidłowe, a ciąża możliwa, tak w rogu wykształconym, jakoteż i szczątkowym. W pierwszym przypadku może ciąża zakoń-

czyć się prawidłowym porodem dziecka donoszonego, jakkolwiek możebność pęknięcia cienkich ścian nie jest wykluczona (jak w przypadku Moldenhauera), w drugim zaś następuje pęknięcie najeźsciej w okolicy uczepienia się trąbki do rogu szczątkowego, w czasie od 3 do 6 miesiąca ciąży. W rzadkich przypadkach może się wytworzyć krwistek w jamce rogu szczątkowego (Hegar i Frankenhäuser)

**Rozpoznanie.** Jeżeli przez badanie stwierdzimy bardzo drobną część pochwową, to zawsze nasuwa się prawdopodobieństwo macicy płodowej lub dziecięcej. Często też wydarzać się musi, że te wady rozwojowe rozpoznajemy, przeocząc jednoróżność, którą rozpoznać trudno, lecz w warunkach pomyślnych można, a to przez badanie oburęczne, przez odbytnicę, jeżeli uda się wysledzić cechujący kształt macicy i zbaczanie zgłębnika macicznego ku jednej stronie, po wykluczeniu spraw zapalnych, które mogły ustalić macię w położeniu ukośnem. Rozpoznanie staje się pewniejszym, gdy po drugiej stronie uda się wysledzić ciało postronkowate, uczepiające się w wysokości ujścia wewnętrznego, gdyż prócz rogu szczątkowego nic innego z tego miejsca odchodzić nie może.

**Leczenie** może być z dwu powodów konieczne: albo z powodu braku pochwy i wytworzenia się krwisteku w rogu rozwiniętym lub szczątkowym, albo też z powodu bardzo gwałtownych bólów miesięcznych. Z tych ostatnich powodów wykonał Schöder wycięcie jajnika z zupełnym skutkiem. W przypadku tym pomimo braku pochwy, nie wytworzył się krwistek maciczny.

### **Macica podwójna. Uterus duplex, separatus v. didelphys.**

Obie połowy macicy rozwinęły się jako narządy odrębne, niezrosnięte ze sobą i choć dolną częścią, czyli szyjami, mogą do siebie przylegać, to i tu rozdziela je od siebie tylko cieńsza lub grubsza błona. Pomiedzy ciałami obu macie przebiega czasem od pęcherza do odbytnicy więz, który albo jako fałd otrzewny uważać należy albo jako połączenie i wyciągnięcie powierzchni zapalnie ze sobą zlepionych. Stopień rozwoju obu macie bywa rozmaitym, od zupełnie wykształconych aż do szczątkowych; od zupełnie rozdzielonych do takich, które już za dwuróżne uważać należy. Pochwy, jakkolwiek wykształcone jako narządy osobne, mają jednak wspólną ścianę przylegania czyli przegrodę, a w każdej z nich drobną, lecz dobrze wykształconą część pochwową i osobną błonę dziewiczą.

Wadę tę utworową, która u niektórych zwierząt (Stekowce, *Monotremata* i Torbacze, *Marsupialia*) jest fizyologiczną, obserwowano dawniej tylko u płodów niezdolnych do życia, z powodu szczeliny brzusznej, kloaki wspólnej i zrostu odbytnicy. W nowszych jednak czasach stwierdzono jej istnienie nie tylko na zwłokach osób dorosłych (Heppner, Ollivier, i Freudenberg z kliniki Schrödera), lecz i na żyjących rozpoznano podwójną macicę i pochwę (Benicke, Heitzmann, Tauffer i inni). Obie macice okazują często nierówny rozwój, tak, że jedna może być szczątkową lub okazywać wrodzone zarośnięcie szyi.

Czynności płciowe odbywają się całkiem prawidłowo, ciąża nastąpić może w jednej lub w drugiej macicy lub w obu macicach (Satschowa), a urodzić się może dziecko nawet donoszone, jeżeli rozwój macicy jest dostateczny. W przypadku Kosińskiego, opisanym przez Solmana<sup>1)</sup>, ciężarna połowa macicy okazywała zupełne zarośnięcie ujścia zewnętrznego. Przy sekcji okazało się, że istniała tylko jedna nerka. W przypadkach zarośnięcia pochwy lub szyi wydarza się krwistek macicy jednostronny (*Haematometra lateralis*).

**Rozpoznanie** tego stanu (odnoszące się i do macicy dwurożnej), polega na bezpośrednim wybadaniu przez odbytnicę i od powłok brzusznych nie tylko dwóch rozdzielonych rogów, lecz i szyj, nietworzących wspólnego ciała. Na badanie atoli w tym kierunku musi nas coś naprowadzić, jak n. p. podwójna pochwa (którą łatwo przeoczyć) i część pochwowa, część pochwowa przedzielona lub posiadająca dwa ujścia, obrzęk pochodzący prawdopodobnie od krwisteku, a i bóle miesięczne obok prawidłowego miesiączkowania lub wreszcie w wybitnych przypadkach samo badanie przez jedną połowę pochwy. Badanie dwoma zgłębnikami obu macic równocześnie z badaniem zapomocą palca, może rozpoznanie bardzo ułatwić.

**Leczenie** o tyle potrzebne, o ile wada ta bywa przyczyną zaburzeń miesięczkowych z powodu zatrzymania wydzieliny krwawej lub w razie ciąży, którą łatwo w tych przypadkach pomieszać można z ciążą zamaciczną, *Graviditas extrauterina*.

### Macica dwurożna. Uterus bicornis.

W najwyższych stopniach oba wykształcone rogi macicy złane ze sobą tylko w szyi, na której podział na dwie połowy może być

<sup>1)</sup> Pamiętnik Tow. lek. Warszawskiego 1892.

i zewnętrznie zaznaczony brózdą. Zatem od takiego stopnia, który jest prawie macią podwójną, mogą być liczne stopnie, aż do ciała macicy całkiem wspólnego, na którego dnie podział jest tylko zaznaczony zagłębieniem (*Uterus arcuatus*) lub tem

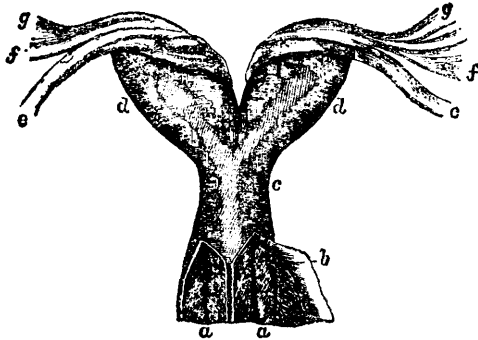


Fig. 45.

Macica dwurożna i pochwa przedzielona.

Wewnątrz najczęściej istnieje przegroda, dzieląca jamę macicy na dwie połowy (*Uterus bicornis septus*), czasem niesięgająca w szyję, tak, że jest ona wspólną (*U. bicornis unicollis* Fig. 46) lub sięga

tylko, że dno nie będzie wysklepionem ku górze, lecz przedstawia linię prostą (*Uterus triangularis c. incudiformis*). Im niżej nastaje połączenie obu połów, tem więcej są one od siebie odchylone (Fig. 45), im wyżej zaś, tem kąt pomiędzy nimi jest ostrzejszy.

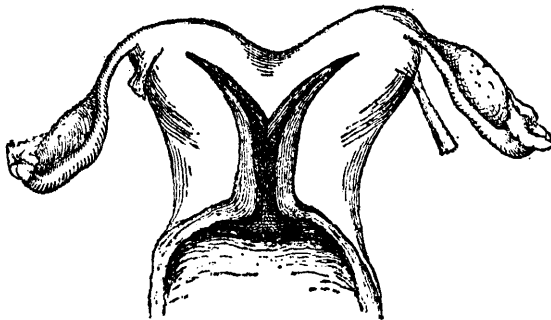


Fig. 46.

*Uterus bicornis, unicollis*. Według Schrödera

i w szyję (*U. bicornis bicollis*). Czasem zupełnie brak przegrody w ciele macicy (*Uterus bicornis unicolorporeus*).

Trąbki i jajniki bywają zazwyczaj prawidłowo rozwinięte, a pochwa albo podwójna w całości lub częściowo, albo też pojedyncza.

Czynności płciowe mogą okazywać pewne nieprawidłowości, mianowicie co do okresów miesięczkowych, które odbywają się cza-

sem nierównocześnie w obu połowach, tak, że gubi się okresowość miesiączkowania. W przypadkach zarośnień może powstać krwistek boczny macicy. Ciąży i poród w dobrze rozwiniętym rogu może się odbyć prawidłowo, a nawet wydarzały się ciąże bliźniacze w obu rogach. W czasie porodu przegroda w pochwie może tworzyć przeszkodę taką, jak na str. 95 opisaliśmy.

**Rozpoznanie i leczenie** jak w przypadkach wady poprzedzającej.

### Macica dwukomorowa czyli przedzielona. *Uterus bilocularis* v. *septus*.

Podział na dwie połowy istnieje wewnątrz, a na zewnątrz, co najczęściej, objawia się nieco szerszym ciałem. Przegroda albo jest całkowitą w macicy i w pochwie albo ustaje w ujściu zewnętrznym a pochwa jest pojedynczą lub ustaje w ujściu wewnętrznym (*Uterus septus unicollis*) lub istnieje w pochwie i w szyi lub co się najrzadziej wydarza w samej tylko szyi (*Uterus septus unicorporeus* v. *Uterus subseptus*).

Czynności płciowe nie bywają w niczem upośledzone, z wyjątkiem następstw, mogących wyniknąć z zarośnięcia jednej połowy macicy lub pochwy (*Haematometra lateralis*). W czasie ciąży jednej połowy, druga może miesiączkować, a miesiączkowaniu mogą towarzyszyć bóle (*Dysmenorrhoea*).

**Rozpoznanie.** W przypadkach przedzielonej pochwy zawsze przypuszczamy przedział i w macicy. Jak jednak wiadomo podwójną pochwę łatwo przeoczyć można, a na myśl o jej istnieniu może naprowadzić wąskość jej i drobna część Macica dwukomorowa i pochwa przedzielona podług Kussmaula.

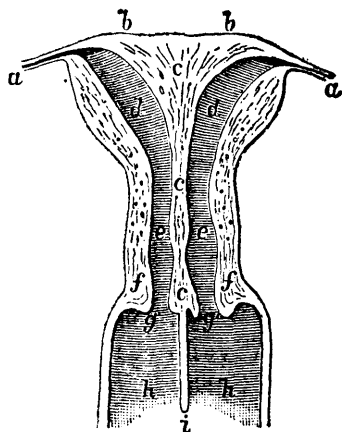


Fig. 47.

Macica dwukomorowa i pochwa przedzielona podług Kussmaula.

Istnienie przegrody w macicy i w szyi da się jedynie udowodnić przez wsunięcie w oba ujścia (z obu połów pochwy) dwu zgłębników macicznych, które w razie przegrody nie dają uczucia bezpośredniego dotykania się metalów.

W jednym przypadku rozpoznałem ciążę w prawej połowie macicy przedzielonej u kobiety, będącej w ciąży po raz czwarty, która podawała, że okresowo miesiączkuje i uskarżała się na bóle miesięczne. Badanie wykazało macicę powiększoną odpowiednio 3emu miesiącowi ciąży, a do lewego jej brzegu ściśle przylegające ciało cylindryczne, sięgające aż do części pochwowej, które rozpoznałem, jako nieciążarną połowę macicy. W dwa tygodnie później nie dało się już wy badać prawie nie cechującego, a badanie uskutecznione w dwa miesiące po porodzie rozpoznanie to stwierdziło.

**Leczenie** jak w poprzednich przypadkach.

### Niedostateczny rozwój macicy. Hypoplasia uteri congenita.

**Anatomia patologiczna.** Anatomicznie można rozróżnić trzy formy niedostatecznego rozwoju macicy, a mianowicie: 1. Macicę płodową (*Uterus foetalis*), której cechą jest kształt płodowy, t. z. że jest o  $\frac{1}{2}$  —  $\frac{2}{3}$  mniejszą niż macica dziewicza, posiada kształt wałeczkowaty, a co najważniejsza, że szyja, która tylko jako drobny guziczek sterczy w pochwie, okazuje taką przewagę w długości i grubości nad ciałem, że to ostatnie, jako drobny woreczek o cienkich ścianach, tworzy tylko mało znaczący przyczepkę, najczęściej pod ostrym kątem ku szyi nagięty. Na przekroju ujście wewnętrzne bardzo nieznaczne, a zmarszczki pierzaste (*Plicae palmatae*) sięgają w samo ciało macicy. 2. Macicę błoniastą (*Uterus membranaceus*) różniącą się tem od poprzednio opisanej, że nie okazuje przewagi szyi nad ciałem, które jest tu dłuższem i szerszem, tak, że macica już kształtem zbliżona do prawidłowej, jest tylko za małą, a ściany ciała jak i szyi okazują się bardzo ścięnczałe. Do tej też postaci odnosi się nazwa Virchowa: *Atrophia uteri congenita*. 3. Macicę dziecięcą (*Uterus infantilis*) posiadającą kształt zupełnie prawidłowej macicy, ściany jednak cieńsze i będącą za małą.

Opisane formy nie zawsze dają się i anatomicznie ściśle od siebie oddzielić, gdyż najczęściej wydarza się, że macica niedostatecznie rozwinięta okazuje cechy właściwe różnym formom.

Nieprawidłowość opisana może ograniczać się wyłącznie tylko do samej macicy lub też występować wspólnie z niedostatecznym rozwojem jajników, pochwy, która może być za wąską i za krótką i z płodowemi częściami płciowemi zewnętrznymi.

Podobnie i rozwój całego ciała bywa albo zupełnie prawidłowy, a nawet uderzająco silny, lub niedostateczny i karłowaty z typem miednicy męzkiej.

**Przyczyny.** Ponieważ macica osiąga zupełnego rozwoju dopiero po okresie rozwoju płciowego, daleko zatem łatwiej przypuścić, że w większej części przypadków, nie u płodów, lecz u dziewcząt dopiero występują wpływy szkodliwe, przeszkadzające pełnemu rozwojowi macicy. Bezpośrednio tylko Recklinghausen udowodnił zapalenie płodowe otrzewny i wytworzenie zlepeków, jako przyczynę upośledzonego rozwoju macicy. W wieku dziecięcym niezaprzeczenie wielką rolę, jako przyczyny odgrywają długotrwałe i uporeczywe zolzy (*Scrophulosis*), a w wieku rozwoju płciowego blednica (*Chlorosis*).

Że rozwój macicy bywa przez blednicę upośledzonym, że u dziewcząt cierpiących na blednicę i u tych które przebyły blednicę, znajdujemy niedostateczny rozwój macicy, to udowodniono w wielu przypadkach, podobnie jak i to, że macica w przypadkach blednicy może być zupełnie dobrze rozwinięta. Jeżeli blednicy towarzyszy wybitna małość serca i wąskość naczyń, to przypuszczać należy, że ta wrodzona wada układu naczyniowego jest przyczyną i blednicy i niedostatecznego rozwoju macicy. W innych przypadkach trudnem jest do rozstrzygnięcia, czy blednicę uważać należy za przyczynę, czy za skutek upośledzonego rozwoju macicy. Że blednica występuje jako skutek, a nie jako przyczyna, da się udowodnić tylko w tych wyjątkowych przypadkach, w których badanie, przed pojawieniem się blednicy, stanowczo wykazało płodowy rozwój macicy (E. Frankel). Gdzie obok wysłedzonego rozwoju macicy znajdujemy niedostatecznie rozwinięte lub szczątkowe jajniki, tam przyjmujemy tę wadę jako przyczynę pierwotną.

**Objawy** występują dopiero w okresie rozwoju płciowego, gdyż miesiączkowanie się nie pojawia i ten brak miesiączkowania (*Amenorrhoea*) jest albo trwałym objawem albo też peryody o kilka lat później zaczynają okresowo występować, co pozwala przypuszczać, że macica doszła do doskonalszego rozwoju. Obok braku miesiączkowania, albo zupełny brak wszelkich dolegliwości albo też pojawiają się nawet bardzo znaczne bóle miesiączkowe (*Molimina menstrualia*), którym może towarzyszyć odpływ śluzu. Rzadko pojawiają się t. z. krwawienia zastępcze (*Menstruatio vicaria*) z nosa, płuc, odbytnicy i t. d., a o wiele częściej nawaly krwi do różnych narządów. Czasem niedostateczny rozwój macicy wydarza się u dziewcząt cielesnie nawet



nadmiernie rozwiniętych, o zdrowych, rumianych policzkach. W tych też przypadkach dolegliwości pochodzące z nawałów następnych, bywają największe, a mianowicie: silne bóle i zawroty głowy, bicia serca, duszność, a niekiedy biegunka, kurcze żołądka i wymioty.

W innych przypadkach pojawiają się skąpe krwawienia miesięczne, w okresach nieregularnych lub regularnych, a wyjątkowo tylko odływ miesięczny prawidłowy lub nawet obfity.

Najczęstszym następstwem upośledzonego rozwoju macicy, bywa niepłodność (*Sterilitas*). Możliwość zastąpienia zależną jest nie tylko od stopnia rozwoju macicy, ale głównie od stopnia rozwoju jajników, tak, że w macicy źle rozwiniętej, w razie prawidłowych trąbek i jajników, może nastąpić ciąża, która wówczas bywa najdzielniejszym bodźcem do jej rozwinięcia się. Podobnie działać może i spółkowanie przez podniecenie czynności płciowych, tak, że po kilku latach małżeństwa macica może osiągnąć rozwój prawie prawidłowy i może nastąpić zapłodnienie. W każdym jednak razie przypadki te należą do rzadkich.

W mojej praktyce miałem pacjentkę, mężatkę, okazującą rozwój dziecięcy macicy i nigdy niemiesiączkującą. W 7-mym roku małżeństwa, a 31 roku życia pojawiło się u niej pierwsze miesiączkowanie, a po niem zastąpienie, prawidłowa ciąża i poród, a potem znowu zupełny brak regularności. W 3 lata później znowu jednorazowe miesiączkowanie, druga ciąża i poród, a od tego czasu zupełny brak okresów miesiączkowych. Zatem dwa okresy miesiączkowe w życiu i dwie ciąży.

**Rozpoznanie.** W wybitnych przypadkach naprowadza na myśl o istnieniu opisanej nieprawidłowości, brak miesiączkowania. Rozpoznanie jest łatwe, jeżeli warunki badania oburęcznego są ułatwione. Wówczas krótka i wązka pochwa, jakoteż drobna, ledwo zaznaczona część pochwowa z ujściem ledwo jako dołek wyczuwalnem, już rozpoznanie upewniają. W korzystnych zaś warunkach możemy wy badać i kształt macicy, np. wałeczkowaty, i przewagę szyi nad ciałem macicy, oraz nagięcie tego ostatniego pod ostrym kątem ku szyi lub też tylko zmniejszone wymiary macicy dziewiczej. Do upewnienia rozpoznania, wymierzenia długości macicy i wybadania cienkości ścian, służy badanie sondą, tak, że każdą macicę oznaczamy śmiało, jako źle rozwiniętą, jeżeli wymiar długości nie przechodzi 5 cm., lub jeżeli jest nieco większym a ściany uderzająco cienkie. O odróżnieniu wałeczkowatej macicy płodowej od jednoróżnej, mówiliśmy na str. 144.

**Leczenie** bywa jeszcze najwdzięczniejszem w przypadkach, gdy przyczyną jest blednica lub zołży. Jeżeli ich brak, a wejrzenie chorej jest zupełnie zadowolające i brak wszelkich dolegliwości, to najlepiej się od leczenia powstrzymać. W przypadkach zaś, w których istnieją silne bóle miesięczkowe, wobec zupełnego braku odpływu miesięcznego, a dostatecznego rozwoju jajników, można czasem z dobrym skutkiem starać się o wywołanie krwawień miesięcznych, przysparzając nawał krwi do macicy, przez drażnienie jej ciepłymi wstrzykiwaniami, ciepłymi kąpielami nasiadowemi, wreszcie sondowaniem i upustami krwi z macicy.

Co do działania prądu stałego (z anodą działającą od jamy macicy) lub prądu przerywanego, to dotychczasowe doświadczenia są niedostateczne. W jednym przypadku, przezemnie prądem stałym leczonym, nie osiągnąłem żadnego wyniku.

W przypadku bardzo gwałtownych bólów miesięczkowych, niedających się żadnem leczeniem usunąć, wykonał H e g a r wytrzebiecie czyli wycięcie jajników (*Castratio*) z niedostatecznym, a B r u g g i s e r z bardzo pomyślnym skutkiem.

### Zarośnięcie szyi macicznej. *Atresia colli v. cervicis uteri.*

Zarośnięcia szyi wydarzają się jako nieprawidłowości wrodzone i nabyte.

Zarośnięcie wrodzone całej szyi wydarza się najrzadziej, a polegać może albo na tem, że części przewodów Müllera, z których się szyja wytwarza, pozostają stale pełnemi albo też że brak tych części zupełnie, tak, że pochwa ślepo się kończy, a ciało macicy jest z nią połączone tylko zapomocą pęczka tkanki łącznej. Częściej wydarza się zarośnięcie wrodzone częściowe, mianowicie w dolnej części przewodu, tak, że ujścia macicznego brak, a błona śluzowa pochwy bez przerwy, t. j. całkowicie, pokrywa część pochwową. Wreszcie mogą się wydarzać zarośnięcia w wyższych częściach szyi, nabyte w życiu płodowem. Z tych samych przyczyn wydarzają się zarośnięcia wrodzone w szyi jednej połowy macicy podwójnej lub w rogu szczątkowym macicy jednorożnej.

Zarośnięcia nabyte również mogą dotyczyć albo całej długości szyi albo tylko ujścia zewnętrznego lub wewnętrznego.

**Przyczyny** bywają rozmaite jako to: zgorzelinowe oddzielenie się wargi przodkowej, uciskanej w czasie porodu, z następowem

utworzeniem zupełnie zacieśniającej blizny, owrzodzenia po błonicy, używanie środków silnie żrących. mianowicie: rozpalonego żelaza lub żegadła Pacquelina, częste lapisowania. przyżegania kwasem azotowym lub chromowym. Zarośnięcia często się dawniej wydarzały, gdy odejmowano część pochwową ugniataczem (*Ecraseur*) i drutem galwanokauteru; podobnie i dziś wydarzyć się mogą po amputacji części pochwowej nożem, jeżeli się rychłozrost po obszyciu nie uda. Wkońcu wydarzają się zarośnięcia, podobnie jak w pochwie, tak i w szyi, u kobiet wiekowych i dotyczą wówczas zwykle ujścia wewnętrznego. Zarośnięcia te mają się wydarzać podług Henniga u 28% kobiet wyżej lat 50ciu.

**Objawy i przebieg.** Istnienie zarośnięcia może być zupełnie utajone, jeżeli z powodu niedostatecznego rozwoju jajników brak sprawy miesiączkowania w macicy, lub gdy w parze ze zmianami prowadzącymi do zarośnięć idzie zanik jajników, lub gdy zarośnięcie nastąpiło po okresie zwrotu płciowego (*Climacterium*). W tym ostatnim jednak przypadku, jak później o tem będzie mowa, nie zawsze zarośnięcie bywa obojętne.

Podobnie jak w przypadkach zarośnięcia pochwy, tak i w przypadkach zarośnięcia szyi, pojawiają się objawy dopiero w okresie miesiączkowania, gdy krew w macicy wydzielona nie może odpływać i stopniowo ją rozszerza, tworząc krwistek maciczny (*Haematometra*). Ściany macicy, której jama bywa do znacznych rozmiarów rozszerzoną, bywają albo grube, przerosłe, podobnie jak ściany pochwy w przypadkach krwisteku pochwowego, albo też bardzo ścieńczałe. Stósownie do tego, gdzie się zarośnięcie znajduje, czy w ujściu zewnętrznym, czy wewnętrznym bierze w tem rozszerzeniu udział i przewód szyi i razem z ciałem macicy tworzy obrzęk okrągły lub też szyja żadnego nie bierze udziału. Krwisteki trąbek (*Haematosalpinx*) towarzyszą częściej krwistekowi macicy niż pochwy.

Objawy tworzenia się krwisteku macicznego są podobne do objawów, które opisaliśmy w rozdziale o zarośnięciach pochwy, zatem zupełny brak odpływu miesięcznego obok bólów miesięcznych z wzmagającym się nasileniem. Skutki zaś krwisteku, pozostawionego bez leczenia, są także takie same, t. j. pęknięcie do narządów sąsiednich lub w jamę otrzewny lub pod otrzewną lub też w najlepszym przypadku otworzenie się do pochwy. Wyjątkowo może wydzielina krwawa w macicy ustać, poczem się krwistek dalej nie powiększa i objawy ustają. Krew krwisteków macicznych przechodzi zmiany zagęszczenia i prze-

obrażenia barwika (na str. 91 opisane) lub też, z powodu zapalenia błony śluzowej, wydzielina krwawa może zamienić się na ropną, o tórk ropny macicy (*Pyometra*) lub nastąpić może rozkład treści z wytworzeniem gazów (*Physometra*).

Zarośnięcia szyi u kobiet starszych, już niemiesiączkujących, bywają w przypadkach niezytu błony śluzowej przyczyną rozděcia macicy, nagromadzoną, zwiększoną wydzieliną śluzą, puchlina macicy (*Hydrometra*). Obrzęk utworzony nie dosięga zwykle tych rozmiarów co krwistek macieczny i doszedłszy do pewnego stopnia zwykle się nie powiększa. Częściej także wydarza się tu ułezzenie przez pęknięcie zarośnięcia i wypróżnienie przez pochwę, a objawów takich, jak w razie krwisteków, mianowicie bólów kuczowych albo brak zupełnie albo też bywają w małym stopniu. Trąbki macieczne zwykle w tej sprawie nie biorą udziału. W rzadkich przypadkach może się też wydarzyć puchlina macicy u kobiet młodych, jak w przypadku B r y k a u 18 letniej dziewczyny, której macica zawierała 1½ litra treści śluzowej i w przypadku V e i t a u chorej 23 letniej. Podobnie zamiast puchliny wodnej, znaleźć się może krwistek macicy u kobiet starszych, które dawno ustały miesiączkować, jak w przypadku E g g e l a u 66 letniej i P a s t o r a u 68 letniej, u której później sekcyja wykazała włókniak macicy, jako przyczynę krwawień.

**Rozpoznanie.** Podobnie jak w przypadkach krwisteku pochwy podają chore, że albo nigdy nie miesiączkowały albo też, że się miesiączkowanie od pewnego czasu nie pojawia i że cierpią na okresowe bóle miesięczne. Badanie brzucha wykazuje obrzęk kulisty, twardo sprężysty (jak balon gumowy, wypełniony mocno powietrzem) ułożony w środku nad spojeniem łonowem, któremu w odróżnieniu od krwisteku pochwy brak tej nasady na szczycie, którą tam tworzy macica. Prócz pęcherza wypełnionego moczem i rzadkich nowotworów złośliwych ciała macicy, żadne inne zmiany nie sprawiają obrzęku te cechy posiadającego. Badanie palcem przez pochwę w razach zarośnięcia ujęcia zewnętrznego wysledza kulisty obrzęk w sklepieniach pochwy tych samych własności, a części pochwowej brak zupełny, tak, że jej albo znaleźć nie można albo też bywa zaznaczoną dołeczkiem o nieco wzniesionych brzegach. Badanie wziernikiem wykazuje niekiedy w miejscu ujęcia promienistą bliznę. W przypadkach zarośnięcia ujęcia wewnętrznego część pochwowa zachowuje się prawidłowo. W tych przypadkach, jeżeli obrzęk jeszcze niewielki i nie posiada opisanych własności cechujących, to możnaby go pomieszać z ciążą,

jeżeli wiek chorej tego przypuszczenia nie wyklucza. W przypadkach wątpliwych uciekamy się do ostrożnego badania drożności ujścia wewnętrznego zapomocą sondy. Krwisteków trąbek, z powodu obrzęku macicy, zazwyczaj wy badać nie można i dopiero po jej zmniejszeniu się mogą one być badaniu przystępne.

Istnienie puchliny macicy (*Hydrometra*) rozpoznajemy, gdy wybadamy obrzęk cechujący, będący powiększoną macicą u chorej, która już od kilku lub kilkunastu lat nie miesiączkuje, a zgłębnik wykaże niedrożność ujścia, najczęściej wewnętrznego.

**Rokowanie** w krwisteku macicy jest takie samo, jak w razach krwisteku pochwy, t. z. wątpliwe, z powodu możebności pęknięcia towarzyszących krwisteków trąbek.

**Leczenie** polega na utorowaniu odpływu zatrzymanej wydzieliny nagromadzonej w macicy, przez przywrócenie drożności szyi macicznej i zabezpieczenie od ponownego zarośnięcia. Jeżeli zarośnięcie dotyczy ujścia zewnętrznego, wyraźnie w pochwie zaznaczonego, to cienka błona daje się niekiedy przedrzeć naciśnięciem zapomocą zgłębnika, a gdy się to nie uda, wbijamy trójgraniec po dokładnem odsłonięciu pochwy lub wsuwając go po palcu w kierunku przebiegu szyi i wypuszczamy treść, zachowując te same ostrożności, o jakich już była mowa, t. j. wystrzegając się przedewszystkiem przyspieszania odpływu przez ucisk od powłok brzusznych wywierany na macicę. W razie zupełnego braku śladu ujścia macicznego, należy kulisty obrzęk w pochwie nakłuć, ile można na jego tylnym odcinku, gdyż cała jego dolna część jest przodkową ścianą macicy i szyi. Celem zapewnienia odpływu, najlepiej wsunąć w macicę rurkę Breiskyego *à double courant* i utwierdzić ją w pochwie gazą jodoformową. Gazę tę można jeszcze tego samego dnia zmienić, a następnych dni przepłukiwać macicę przez rurkę, stale przez parę dni pozostającą, letnim roztynem sublimatu 1:5000 pod małym ciśnieniem płynu. W przypadkach puchliny macicy wystarcza utorowanie drogi odpływowi. Trudniej przedstawia się sprawa, gdy zrost dotyczy całego przewodu szyi. Wówczas, po dokładnem odsłonięciu najlepiej zacząć od rozcięcia części pochwowej nożykiem i postępować nim w głąb, a gdy jesteśmy już blisko obrzęku, otworzyć go trójgranicem i utrzymać przewód rurką Breiskyego jak można najdłużej.

Jeżeli krwistek macicy istnieje w przypadku zupełnego zarośnięcia pochwy, to torujemy do niego drogę w tkance łącznej, jak to opisano na str. 93. Nakłucie przez pęcherz moczowy, po rozsze-

rzeniu cewki sposobem Simona, obieramy w przypadkach bardzo utrudnionych i staramy się nakłuć krwistek poniżej dolnego fałdu otrzewny. Nakłucia przez odbytnicę zawsze unikamy.

Jednostronny czyli boczny krwistek macicy (*Haematometra lateralis*) wydarza się w razach macicy podwójnej (*Uterus didelphys*) i dwurożnej (*Uterus bicornis*) z zarosniętą połową szyi, w rogu szczątkowym lub rozwiniętym macicy jednorożnej i w połowie macicy przedzielonej, czyli dwukomorowej (*Uterus septus*), oraz w jamkach macicy szczątkowej (*Uterus bipartitus*).

Cechującymi objawami krwisteku jednego rogu macicy dwurożnej wobec jednej pochwy są: bóle miesięczne, pomimo miesięczkowania, obrzęk ostro odgraniczony, sprężysty, ściśle przylegający do macicy (do rogu otwartego) sterujący ku sklepieniu, a w razie znacznej dwurożności silnie na bok odchylony. Część pochwowa otwartego rogu zajmuje położenie ściennie, to znaczy, że ściśle przylega do obrzęku i po tej stronie brak sklepienia bocznego, a w przypadkach znacznego obrzęku ujście przybiera niekiedy kształt szpary półksiężycowej, zwróconej wklęsłością ku obrzękowi. W przypadkach wątpliwych rozstrzyga nakłucie.

Hegar rozpoznał w dwu przypadkach krwistek rogu szczątkowego. Rozstrzygającą cechą była macica jednorożna i połączenie obrzęku z jej szyją zapomocą postronkowej szypułki. Ponieważ zaś nie istnieje ani narząd, ani nowotwór, któryby długą postronkową szypułką odchodził od szyi macicznej, zatem ta okoliczność dozwoliła He gar o wi rozpoznać prawie na pewne krwistek rogu szczątkowego.

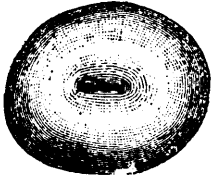
**Rokowanie** nie jest gorszem, niż dla krwisteków macicy pojedynczej. Lepszem także nie jest, bo względ ten, że częściej pękają przez przegrodę w otwartą połowę, wobec możebnych następstw otoku ropnego macicy (*Pyometra*), rokowania nie polepsza.

**Leczenie** polega na nakłuciu trójgranicem i rozcięciu otworu.

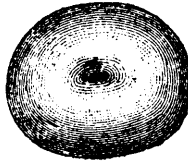
### Zwężenie szyi macicznej wrodzone i nabyte. *Stenosis colli v. cervicis uteri congenita et acquisita.*

**Przyczyny i anatomia patologiczna.** Zwężenia szyi najczęściej wydarzają się w ujściu zewnętrznem (*Stenosis orificii externi*), a najrzadziej w samym ujściu wewnętrznem. Zwężenia całego przewodu szyi, które podług Kam m e r e r a stanowią 30% wszystkich

zwężeń, wydarzają się prawie zawsze obok niedostatecznego rozwoju macicy. Zwężenia bywają wrodzone i nabyte.



a.



b.

Fig. 48.

a. ujście zewnętrzne prawidłowe, b. ujście zewnętrzne znacznie zwężono.

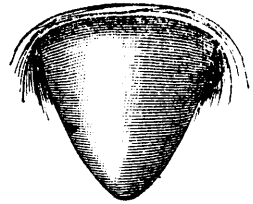


Fig. 49.

Część pochwowa stożkowata ze znacznym zwężeniem ujścia.

Wrodzone zwężenie dotyczy często całej szyi lub przeważnie ujścia zewnętrznego i najczęściej idzie w parze z cechującym kształtem części pochwowej, którą znajdujemy wówczas wydłużoną i wybitnie stożkowatą (*Conische Vaginalportion*), t. z. że ku ujściu zewnętrznemu bardzo znacznie się zwęża (Fig. 49) lub warga przedkowa znacznie przedłużona nadaje części pochwowej kształt ryjkowaty (*Os tapiroide*). Ujście zewnętrzne, umieszczone na szczycie tego stożka, bywa tak drobnem, że wyśledzenie go palcem czasem bywa niemożliwym (*Contracted os Simsa*), a w wzierniku istnienie jego zaznacza czasem tylko kropelka szklatego śluzu. W takie ujście wchodziły niekiedy tylko bardzo cienkie sondy i jedynie z trudnością omijają w szyi nieżyłtowo obrzmiałe i łatwo krwawiące fałdy błony śluzowej.

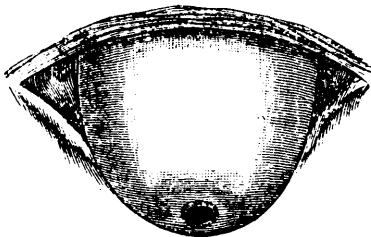


Fig. 50.

W innych przypadkach znajdujemy część szyi ponad zwężeniem ujściem rozszerzoną przez gęstą, szklistą, prawie galaretową wydzielinę, która przez zwężone ujście nie może odpłynąć. Jeżeli do tego przybędzie jeszcze zgrubienie samych ścian szyi, to część pochwowa przybiera wybitnie półkulisty kształt (Fig. 50), z okrągłym ujściem bez śladu odznaczenia się warg.

Brzegi ujścia i najbliższa okolica okazują często zmiany, towarzyszące nieżyłtowi szyi.

Czy te opisane dwie, najwybitniejsze formy zwężeń zaliczać należy do wrodzonych nie jest rzeczą całkiem pewną, wobec poszukiwań E. Martina, który w wielkiej ilości zwłok noworodków, ani razu zwężenia nie znalazł. Ze względu zatem na to, że rozwój macicy jeszcze trwa po dojściu do wieku rozwoju płciowego, uważa je Martin za powstałe z przyczyn albo niesprzyjających rozwojowi, albo skutkiem zapalenia brzegów ujścia zewnętrznego, z następowem bliźnowatym zacieśnieniem.

Zwężenia nabyte mogą powstawać z wielu rozmaitych przyczyn. U kobiet, które nie rodziły, znajdujemy czasem zwężenie ujścia zewnętrznego, którego ostre, niepodatne brzegi naprowadzają na myśl o zacieśnieniu bliźnowatym po przebytem zapaleniu. Sprawy zapalne mogą także sprawić zlepienie lub zacieśnienie bliźnowate powyżej ujścia zewnętrznego, tak, że ujście będzie dostatecznie szerokiem, a powyżej niego wykazuje sonda zwężenie. Sprawy nieżytowe z obrzmieniem błony śluzowej mogą też w szyi, względnie wąskiej, sprawić znaczniejsze zacieśnienie. Wkońcu nierzadko spotykamy się z najwyższymi stopniami zwężeń, tak, że niekiedy tylko cienka sonda może być w ujście wsunięta, w przypadkach bardzo zgrubiałej części pochwowej i szyi macicznej, skutkiem czystego, lub zapalnego przerostu jej utkania.

Najczęściej jednak przyczyn zwężeń nabytych szukać należy w porodzie i połogu. Tu bowiem przedarcia szyi, ucisk długo trwający na wargę przedkową, z następowem zgorzelinowem oddzieleniem, zapalenia, owrzodzenia dławcowe i t. d. kończą się bardzo silnemi bliźnami, które prowadzą do najznacześniejszych zwężeń.

Te same skutki miewają i niektóre zabiegi lecznicze, jak: zbyt częste i energiczne przyżeganie części pochwowej i szyi macicznej lapisem, *Kali causticum*, *Ferrum candens*, *Acidum nitricum* i t. d.; następnie operacye na części pochwowej mianowicie: amputacye zarzuconemi dziś metodami, zapomocą odgniatacza (*Ecraseur*) i pętli galwanokaustycznej lub gdy rychłozrost po amputacyi nożem i obszyciu nie nastąpił.

Zacieśnienia szyi przez obrzęki i załamania przewodu zupełnie nas tu nie obchodzą.

**Objawy i następstwa zwężeń.** Istnienie wrodzonych zwężeń podobnie jak i zarośnięć bywa utajone, aż do okresu rozwoju płciowego, w którymto czasie, jako najwybitniejszy objaw, pojawia się bolesne miesiączkowanie (*Dysmenorrhoea*). Nazwą tą ozna-



czamy bóle, występujące w okolicy krzyżów i miednicy a najczęściej w podbrzuszu, poprzedzające na kilka godzin, a czasem nawet dni pojawienie się krwawienia miesięczkowego lub też równocześnie z niem występujące. Bóle te pierwotnie ciągnące, przybierają następnie cechę kurczowych i dosięgają niekiedy szczytu jako bardzo gwałtowne kurcze maciczne (*Colica uterina*), a z pojawieniem się krwawienia nagle ustają lub stają się znacznie słabszymi. Wkrótce potem obraz ten może się powtórzyć w miarę jak krew w jamie macicy nagromadzona skurczami jej musi być na zewnątrz wypartą.

Napadom bólów towarzyszą czasem objawy odruchowe, jak: drobne i szybkie tętno, pot zimny, ziębnienie rąk i nóg, ból głowy, wymioty, omdlenia, a niekiedy drgawki, *globus* i t. d.

Nateżenie bólów miesięczkowych nie zawsze idzie w parze ze stopniem zwężenia, tak, że od chorych, u których znajdujemy bardzo znaczne zwężenie, dowiadujemy się, iż miesięczkowanie bywa niebolesnem lub że się czasem tylko lekkie bóle pojawiają. Schröder tłumaczy ten objaw samym sposobem krwawienia. Gdy odbywa się ono powoli, to krew ma czas odpłynąć nawet przez ujście bardzo zwężone, gdy zaś gwałtowniej, to nagromadza się ona w jamie macicy i tylko skurczami jej może być wydalona do pochwy, a potrzebną pracę macicy znacznie jeszcze zwiększyć mogą skrzepy. Tłómaczenie to nie da się zastosować do przypadków zwężeń, idących tak często w parze z bolesnem miesięczkowaniem, w których chore podają, że krwawienie jest bardzo skąpe i krótko trwające. Z jakiegokolwiek przyczyny nastąpi przeszkoda w swobodnym odpływie krwi miesięczkowej na zewnątrz, występują bóle miesięczkowe i dlatego z tych przyczyn powstałe bolesne miesięczkowanie nazywamy mechanicznem (*Dysmenorrhoea mechanica*). Faktem jest jednak, że i w przypadkach zwężenia szyi nie zawsze jest ono mechanicznem i często odnieść je należy do innych przyczyn, już to ogólnych jak: znaczna nerwowość, blednica, zołzy już też miejscowych, jak: choroby jajników, trąbek, macicy i tkanki łącznej okołomacicznej i w tych przypadkach nie ustępuje nawet po bardzo dostatecznem rozszerzeniu szyi. Lecz i samo zwężenie szyi i silne podrażnienie, jakiego doznaje macica w czasie każdorazowego miesięczkowania, może prowadzić do zmian, które same przez się mogą być przyczyną bolesnego miesięczkowania. Najważniejszą rolę odgrywa tu niezbyt błony śluzowej części pochwowej i jamy macicy, oraz towarzyszące mu zmiany mięszu macicy,

co wszystko, razem wzięwszy, może być i cierpieniem pierwotnem a nie następowem.

Ważnem jest także zachowanie się wydzieliny błony śluzowej szyi, która jeżeli jest bardzo gęstą, to i przez ujście nawet mało zwężone odpłynąć nie może i wówczas może być mowa o względnem zwężeniu ujścia (*Stenosis relativa*).

Bolesne miesiączkowanie u panien zazwyczaj pogarsza się po wyjściu za mąż, skutkiem zwiększonej czynności płciowej i towarzyszącego przekrwienia, jeżeli nie nastąpi wkrótce ciąża, która radykalnie leczy zwężenie.

Drugim najważniejszym objawem zwężeń jest niepłodność (*Sterilitas*). Tu można z góry powiedzieć, że niema tak drobnego ujścia, przez które plemniki nasienne nie mogłyby się dostać do macicy. Mimo to pozostaje niezbitym fakt, że prawdopodobieństwo zastąpienia wzrasta z wielkością ujścia macicznego, jeżeli wykluczmy inne przyczyny równie wielkiego znaczenia, jak: niedostateczny rozwój macicy, zmiany położenia, stany zapalne i t. d. Przyjąć zatem musimy, że plemniki nasienne najłatwiej się dostają do jamy macicy, jeżeli bezpośrednio w czasie wytrysnięcia nasienia dostaną się do szyi macicznej, czy to przez spotkanie się ujścia macicznego z ujściem prącia (*Apositio*) czy też przez skurcze mięśni pochwowych, które żołądz prącia mają przycisnąć do części pochwowej (*Sims*) lub rodzajem naprężenia części pochwowej (*Erectio*), po którym zaraz ma następować zwiotczenie, a zatem wessanie (*Aspiratio*) nasienia (*Wernich i Fehling*) lub przez wypchanie, skurczem części pochwowej, strzępka śluzu z ujścia zewnętrznego, który z ustaniem skurczu cofa się, zabierając ze sobą plemniki (*Kristeller*).

Którąkolwiek z tych teorii przyjmujemy, zawsze w zwężeniu szyi i skutkach jego uznać musimy przeszkodę dla szybkiego dostania się plemników do macicy. Pewna zaś szybkość jest o tyle konieczną, że długie ich przebywanie w kwaśno oddziaływującej wydzielinie pochwy działa niekorzystnie na ich żywotność. Wchodzimy zatem na mechaniczną teorię zapłodnienia, której znowu nie należy pojmować bezwzględnie, tak, że w bardzo wielu przypadkach przyjąć musimy za przyczynę niepłodności zmiany następowe zwężeń lub też pierwotne inne zmiany. *Kehrer* podaje zwężenia, jako przyczynę niepłodności w 8% przypadków, *Chrobak* w 6%, a *P. Müller* w 4%.

**Rozpoznanie** zwężenia ujścia zewnętrznego, z opisanych stosunków anatomicznych i objawów, jest łatwe. Już badanie palcem

nie tylko wystarcza, ale jest nawet o wiele pewniejszym, niż badanie tylko wziernikiem, gdyż palec wyczuć może bliznowatą niepodatność brzegów ujścia w przypadkach, gdy w wzierniku wydać się ono może niezwołanem. Badaniu zwężeń chciano nadać pewną podstawę przez badanie zgłębnikiem, przyczem twierdzono, że ujście nie jest zwężonem, jeżeli przez nie przechodzi gałeczka zgłębnika, mająca 3 mm. średnicy. Jest to słusznem dla bardzo wybitnych przypadków zwężeń samego ujścia zewnętrznego i szyi macicznej, idących w parze z niedostatecznym rozwojem macicy lub w przypadkach zwężeń bliznowatych nabytych, celem oznaczenia ich stopnia. Zwykły zgłębnik maciczny może jednak bardzo łatwo wchodzić i wchodzi w ujście, którego brzegi są bliznowate, niepodatne, lub gdy wargi obrzmiałe ściśle do siebie przylegają i tem samym zacieśniają ujście. Zresztą i pierwotnie zwężone ujście może doznać rozszerzenia, przez nagromadzoną powyżej gęstą wydzielinę i przybrać kształt okrągły (Fig. 50) i z łatwością przepuszczać sondę. Ponieważ zatem prawidłowe ujście mie- wa kształt poprzecznej szparki (Fig. 48 a.) ujście więc okrągłe jest nieprawidłowem i powstaje z ujścia zwężonego. Wkońcu wobec pozornie prawidłowego zachowania się ujścia, może sonda wykazać zwężenie jego lub ponad niem, wywołane zrostem przeciwległej błony śluzowej, lub też w razie znacznie zwężonego ujścia znaczne rozszerzenie przewodu szyi ponad niem.

Najtrudniej rozpoznać zwężenie ujścia wewnętrznego, gdyż ono i w prawidłowym stanie sprawia pewną przeszkodę wsunięciu sondy, a niemożebność wsunięcia jej najczęściej nie dowodzi zwężenia, gdyż może pochodzić i z nagięcia macicy, połączonego z załamaniem przewodu szyi, lub zacieśnienia skurczowego lub wreszcie mogą i fałdy błony śluzowej przeszkadzać wsunięciu sondy. Nie chcemy wcale iść tak daleko jak Gussierow, który twierdzi, że rozpoznanie tego zwężenia jest niemożebnem, ale zgadzamy się z Fritschem, iż rozpoznawanie zwężenia ujścia wewnętrznego było dawniej rzeczą mody, a obecnie z mody wyszło.

Jeżeli u chorej niewrażliwej na sondowanie, po dokładnem odsłonięciu części pochwowej i użyciu kleszczyków w celu wyrównania nagięcia, sonda zwyczajna natrafia na opór zupełny, a sonda cieńsza łatwo może być wsuniętą i próbę tę kilkakrotnie się powtórzy, to możemy śmiało rozpoznać zwężenie ujścia wewnętrznego. Wątpliwość mogłaby wreszcie być zupełnie usuniętą przez te próby u chorej uspięnej, gdyby wogóle cel rozpoznania zawsze

był wart tego zachodu. Że ścieśnienie to jest o wiele rzadszem, niż go rozpoznawano i rozpoznają, to nie ulega wątpliwości.

**Rokowanie.** Zwężenie pozostawione bez leczenia może prócz znacznych dolegliwości, które bezpośrednio jemu przypisujemy, prowadzić do zmian następowych, o których była mowa. Leczone pozwala dobrze rokować, jeżeli bolesne miesiączkowanie i niepłodność wyłącznie od niego zawisły.

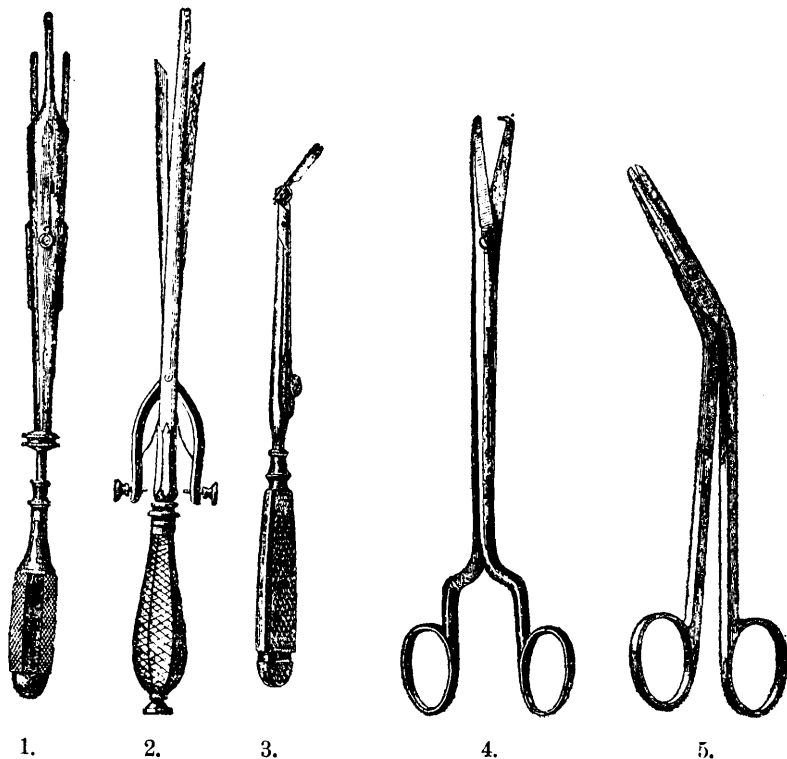


Fig. 51.

1. *Hysterostomat* Greenhalgha, 2. H. E. Martina, 3. Nożyk Emmeta, 4. Nożyczki Küchenmeistera, 5. Nożyczki Simsa.

**Leczenie** polega na usunięciu zwężenia ujścia i szyi przez rozszerzenie w sposób niekrwawy lub krwawy, t. j. przez rozcięcie.

Usunięcie zwężeń sposobem niekrwawym zapomocą rozszerzadeł nie da się prawie nigdy uczynić trwałem, gdyż części zwię-

zone okazują wielką skłonność powrotu do stanu pierwotnego. Pomimo to wydarzały się przypadki trwałego uleczenia bolesnego miesiączkowania lub ułatwienia zastąpienia po takim rozszerzeniu, a nawet po jednorazowym sondowaniu, gdy fałd błony śluzowej zastawkowo szyję zamykał. Rozszerzenie to lub rozszerzenia powtarzane w okresach poprzedzających miesiączkowanie, wykonywamy albo zapomocą blaszkownicy (*Laminaria*) albo też rozszerzadeł Hegarowskich w sposób na str. 31 i następujących opisany.

**Rozcięcie ujścia zewnętrznego i szyi macicznej** (*Hysterostomatoma*, *Discissio colli v. cervicis uteri*, *Trachelotomia*). Operację tę pierwsi wykonali Simpson i Jobert w r. 1843, a pierwszy z nich przyczynił się głównie do rozpowszechnienia jej, podając szereg korzystnych wyników.

Narzędzia służące do rozcięcia są specjalnie ku temu celowi służące *hysterostatomy* lub *metrotoomy* jakoteż nożyki i nożyczki. Pierwszy jednostronnie tnący metrotom, sporządzony na wzór „*litotome caché*“ podał Simpson.

Hysterostatomy obustronnie tnące podali Greenhalgh (Fig. 51 1.) i E. Martin (Fig. 51 2.); ostatni, prócz prostszego przyrządu, służącego do wysunięcia nożyków, dodał końcowi narzędzia jeszcze wygodne zagięcie, ułatwiające wsunięcie. Użycie tych narzędzi polega na tem, że ze schowanymi nożykami wsuwamy je w szyję maciczną tak głęboko, aby naciąć całą lub dolną jej część, stósownie do celu rozcięcia, dopiero wysuwając je z szyi.

Rozcięcie wykonać także można każdym wężkim nożykiem o długim trzonku. Wyłącznie zaś do rozcięcia szyi służą nożyki Simsa i Emmeta (Fig. 51 3.), dające się ustawić pod dowolnym kątem do rękoności. Ku temu celowi służy także Küchenmeistera nożyk lancetowaty obosieczny.

Nożyczki Simsa o długich ramionach posiadają zagięcie w płaszczyźnie (Fig. 51 5.) aby ręka trzymająca je nie zasłaniała części operowanej, a nożyczki Küchenmeistera (Fig. 51 4.) posiadają na końcu zewnętrznego tnącego ramienia kolec, który w czasie rozcinania, wbijając się w część pochwową, przeszkadza wysunięciu się jej z ramion nożyczek, inaczej bowiem cięcie wypadłoby za płytkie. O wiele jednak skuteczniej niż temi nożyczkami da się to osiągnąć, przytrzymując rozcinaną część pochwową zapomocą haczyka (Fig. 52 1.) lub kleszczyków Luera (Fig. 52 2.) lub Museuxa (Fig. 52 3.), któremi chwytamy wargę przodkową.

Rozeinając szyję maciczną powinniśmy mieć na względzie, aby wynik tej operacji nie został udaremniomym przez zrosnięcie powierzchni rozciętych. Dlatego też hysterostomatomy nacinające tylko ścianę a zupełnie nerozeinające brzegów ujścia nie są wystarczającymi i rozcięcie ujścia należy uzupełnić nożykiem lub nożyczkami.

Na 24 godzin przed operacją należy dokładnie przepłukać pochwę kilkoma litrami 2% kwasu karbolowego i wytamponować gazą jodoformową. Operację najdogodniej wykonać w grzbietowym ułożeniu chorej, tak, aby pośladki były blisko krawędzi stołu. Do odstonięcia części pochwowej najdogodniejszym jest wziernik Neugebauera (Fig. 5). Jeżeli użyć chcemy hysterostomatomu, to najlepiej tylko w tym celu, aby nim nie zbyt głęboko zaznaczyć miejsca cięcia, iżby wypadły symetrycznie, gdyż jeżeli rozcinamy tylko nożyczkami, to, pociągając za wargę przodkową, łatwo cięcia tak wypadną, że wargi przodkowej zostaje mniej niż tylnej. Jeżeli zaś ograniczylibyśmy się tylko do rozcięcia hysterostomatomem, to się nacięcia niezawodnie wcześniej lub później zrosną. Wykonywamy zatem nacięcie obustronne, a następnie wsuwamy w szyję jedno ramię nożyczek Simsa lub Küchenmeistra (ramieniem zaopatrzonym kolcem na zewnątrz) i niedochodząc do uczepienia się sklepienia rozcinamy na prawo i na lewo całą grubość części pochwowej na 1 cm. w górę. To samo wykonać możemy i nożykiem Simsa, lecz idzie to już wolniej, a krew zalewa pole operacyjne, dlatego dajemy nożyczkom pierwszeństwo.

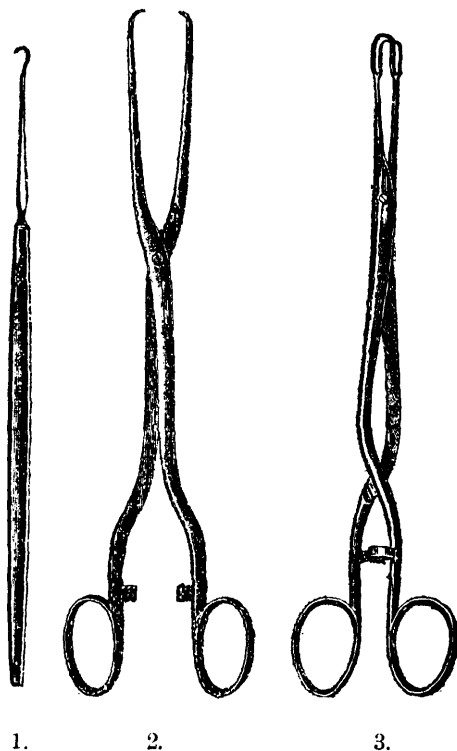


Fig. 52.

1. Ostry haczyk. 2. Kleszczyki Luera.
3. Kleszczyki Museuxa.

Aby powstrzymać krwawienie, a zarazem przeszkodzić zrostowi rozciętych powierzchni postępujemy albo sposobem Brauna, zastępując wziernik łyżkowy rurkowym, w który wlewamy *Liquor ferri sesquichlor.*, a po paru minutach wypłukujemy go wodą albo też pomiędzy rozcięte wargi wsuwamy małe waciki zmaczane w tymże płynie i utwierdzamy je gazą jodoformową.

Olshausen poleca zamiast rozczywnu półtorachlorku żelazowego użycie termokauteru Pacquelina, a Courty obszycie przeciętych brzegów. Postępując tym ostatnim sposobem otrzymywał Schröder mniejsze ujście niż po samem rozcięciu.

Operowana pozostaje po operacji przez kilka dni w łóżku, a jeżeli brak znaczniejszej przesączyny krwawej, to opatrunek zmienia się po 48 godzinach i szyję maciczną co 2gi dzień wypełnia się gazą jodoformową. Tamponowanie gazą jodoformową powinno trwać dopóty, aż już na tamponie śladów krwi nie będzie, poczem poleca się codziennie dwa razy przepłukiwać pochwę 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> kwasem karbolowym.

Ujście zewnętrzne po rozcięciu tworzy zwykle szeroką szparę, zakończoną wrębami a wargi maciczne czasem ściśle do siebie przylegają, przez co ujście przybiera kształt niezupełnie odpowiadający warunkom prawidłowym. Aby zatem uniknąć przylegania warg, poleca Gussierow rozcięcie hysterostomatem na krzyż, t. j. w kierunku poprzecznym i podłużnym, a Kehlerer nacięcia ujścia zewnętrznego 6 — 8 nacięciami, poczem wręby nadają ujściu kształt gwiazdkowaty. Jeżeli część pochwowa jest grubsza, to przez dodanie nacięcia na tylnej wardze można ściślemu przyleganiu zapobiedz, gdyż tworzy się wręb, który nadaje ujściu kształt trójkątny.

W przypadkach gdy zwężenie dotyczy całej szyi macicznej lub i ujścia wewnętrznego każde rozcięcie byłoby udaremnieniem przez zrost powierzchni i należy temu przeszkadzać przez rozszerzanie szyi. Zwężone ujście wewnętrzne najlepiej naciąć kilkoma płytkimi cięciami, w całym obwodzie, zapomocą nożyka lub hysterostomatomu i zaraz zapomocą rozszerzadeł Hegarowskich szyję do pewnego stopnia rozszerzyć i wytamponować ją gazą jodoformową, co powtarzać należy codzien przez czas dłuższy. Aby postępowaniu bezgnilnemu w zupełności stało się zadość, radzi Schröder użycie bezpośrednio po rozcięciu ujścia wewnętrznego i później zamiast rozszerzadeł grubszej rurki Bozemana-Fritscha, przez którą równocześnie z rozszerzaniem przepłukujemy jamę macicy, szyi i ranki przez nacięcia powstałe 2 — 3<sup>o</sup>/<sub>o</sub> kwasem karbolowym.

Zmiany położenia macicy wpływają także na odmianę sposobu rozcięcia ujścia i dolnej części szyi, a mianowicie: jeżeli istnieje znaczne nachylenie macicy (*Anteversio*) tak, że ujście, zwrócone kości krzyżowej, przylega do tylnej ściany pochwy, to najlepiej rozciąć w kierunku prostym przodkową wargę przez środek lub wyciąć z niej klin zapomocą dwóch cięć, zbiegających się na 1 cm. poniżej sklepienia. W przypadkach zaś odchylenia macicy (*Retroversio uteri*) rozcinano jednem cięciem wargę tylną. Tak samo w przypadkach nagięcia macicy (*Anteflexio*) przecinamy tylną wargę w celu uczynienia przewodu szyi prostszym, a w przypadkach odgięcia (*Retroflexio uteri*) wargę przodkową, w przypadkach zaś zgięcia na bok (*Lateroflexio*) nacinaamy bok przeciwny zgięciu.

W przypadkach znacznego wydłużenia szyi macicznej (*Elongatio colli*) samo rozcięcie nie wystarcza, lecz należy dolną część przerosłej części pochwowej odjąć (*Amputatio portionis vaginalis*).

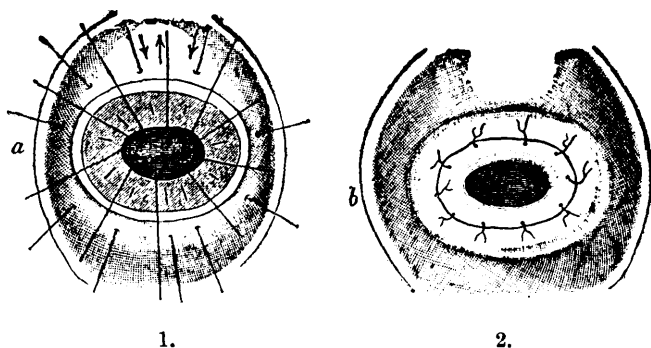


Fig. 53.

Wązką część pochwową odejmujemy w ten sposób, że za pomocą kleszczyków, któremi ujmujemy obie wargi, ściągamy macicę ku dołowi, o ile to jest możebnem bez nadużycia jej ruchomości, i dolną jej część, stósownie do stopnia wydłużenia, na 1 — 2 cm. odcinamy nożkiem, prowadząc cięcia prostopadłe do jej osi, a następnie pozostały kikut obszywamy do koła szwami jedwabnymi, łącząc błonę śluzową części pochwowej z błoną śluzową szyi (Fig. 53 1 i 2).

Sc hröder wprowadził amputację części pochwowej w miejsce rozcięcia, tak, że poleca ją i na części pochwowej niewydłużonej, a zastosować się ona daje tak dobrze na cieniej jak i zgrubiałe



części pochwowej. Jest ona obmyślana na wzór Marckwalda „*Kegelmantelförmige Excision*“ w ten sposób, że po rozcięciu nożyczkami obu boków szyi, aż do sklepienia, wycina się z każdej wargi osobno klin (Fig. 54 1.) poczem zeszywa się brzegi osobno w środku, łącząc błonę śluzową szyi z błoną śluzową części pochwowej (Fig. 54 2.),

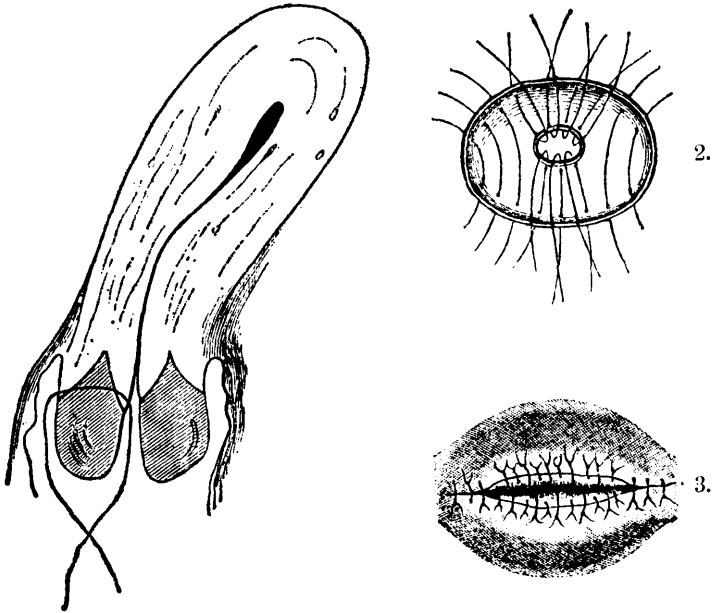


Fig. 54.

1. Klinowate wycięcie warg podług Sch r ö d e r a. 2. Założenie szwów warg i części bocznych. 3. Ujście po zeszyciu.

a następnie zeszywa ze sobą pozostałe reszty cięć bocznych, tak, że szpara ujścia mieć będzie po zeszyciu kształt jak w Fig. 54 3. Jest to zatem w jeden akt złączone odjęcie części pochwowej i rozcięcie szyi (*Discidirende Amputation*). Wyniki tej operacji pod względem usunięcia bolesnego miesiączkowania bywają doskonałe, a ze względu na usunięcie niepłodności gorsze (Sch r ö d e r). Inne sposoby amputacji, mianowicie w razach zbyt grubej części pochwowej, opiszemy w rozdziale następnym, o przeroście części pochwowej.

## Przerost macicy. Hypertrophia uteri.

W odróżnieniu od powiększeń macicy, pochodzących z zapalenia przewłocznego (*Metritis*), pojmujemy przerost jako jednostajne pomnożenie wszystkich jej składników lub przeważnie mięśni. Powiększenia zatem macicy, polegającego wyłącznie na bujaniu tkanki łącznej, jako pochodzącego najczęściej od zapalenia, nie nazwalibyśmy czystym przerostem.

Takie ściśnienie pojęcia, konieczne w celu utrzymania różnicy pomiędzy zapaleniem lub jego następstwami a przerostem, nie zawsze daje się ściśle przeprowadzić. Często i przerost, mogący pochodzić od bujania samej tkanki łącznej, o ile jest jednostajnym i nie towarzyszą mu objawy zapalne, do omawianej zmiany zaliczyć nam wypadnie. Dowodzi to niepewności naszych pojęć o przeroście macicy i zapaleniu, które to sprawy, jakkolwiek prowadzą do tego samego następstwa, t. j. powiększenia macicy, to jednak w przebiegu klinicznym stanowczo za sprawy odrębne uważane być muszą.

Przerost może być ogólnym, t. z. dotyczyć całej macicy, lub częściowym czyli ograniczonym, i dotyczyć samego jej ciała lub tylko szyi macicy lub pojedynczych jej części lub jednej z warg macicznych. Najwybitniejszym obrazem fizjologicznego przerostu macicy jest ciąża, w której podpadają mu wszystkie części utkania, j. t. mięśnie, naczynia, tkanka łączna i błona śluzowa, tak jak znowu obrazem patologicznym ogólnego przerostu, bywa powiększenie macicy skutkiem krwisteku (*Haematometra*), jeżeli mu towarzyszy zgrubienie ścian, i przerost, towarzyszący nowotworom ścian macicy, mianowicie włóknikom. Prócz tych form nader rzadko wydarza się przerost ogólny samodzielny (*Hypertrophia primitiva v. essentialis*).

**Przyczyny** polegają na przekrwieniach czynnych (*Fluxio*) lub biernych (*Stasis*). Częste podniecenie czynności płciowych zawsze bywa połączone z nawałem do macicy. Do tej też przyczyny odnieść należy przerost macicy, wydarzający się u prostytutek (Seyfert). Przeszkody w krążeniu krwi, jako przyczyna przerostu występują w przypadkach zagięć i wypadania macicy (*Prolapsus*). Tu jednak należy pamiętać, że częściej niż czysty przerost bywa przyczyną powiększenia przewłocznego zapalenie.

**Objawy** zawisły od stopnia powiększenia macicy i innych zmian towarzyszących, mających niekiedy większe znaczenie, niż sam przerost, który sprawia tylko objawy pewnej niedogody i pełności,

uczuwanej w miednicy, a czasem ciężenia lub uczucia gnucenia w międykroczu. Wyraźne bóle nie pochodzą z przerostu, jeżeli nie przyłączy się do niego wybitna zmiana położenia macicy lub zapalenie w jej otoczeniu.

**Rozpoznanie** przerostu samodzielnego polega na wykazaniu powiększenia macicy bez ciąży, bez nowotworów i bez objawów zapalnych. Powiększone ciało macicy przybiera kształt więcej kulisty, z powodu zaokrąglenia przerosłych ścian, przyczem utkanie bywa dość podatnem. Zgłębnik może nie wykazywać żadnego powiększenia jamy macicy i z powodu wyrównania zagięcia fizyologicznego daje się często wsunąć bez zwykłego oporu w okolicy ujścia wewnętrznego.

**Leczenie** jest ze względu na sam przerost niewdzięcznem. Najskuteczniejsze bywają jeszcze miejscowe upusty krwi i ciepłe lub gorące wstrzykiwania na 35—40° R. Przetwory jodowe w formie tamponów (*Kali jodat. c. Glicerino*), gałeczek (*Globuli vaginales*) lub pomazywania części pochwowej nalewką jodową pozostają zwykle bez skutku. Towarzyszące zmiany położenia macicy usunąć należy w sposób, o którym później będzie mowa.

### Przerost szyi macicznej. *Hypertrophia colli uteri v. cervicis.*

Idąc za Schröderem dzielimy szyję maciczną na trzy części, któryto podział wynika ze stosunku jej do sklepień pochwowych.

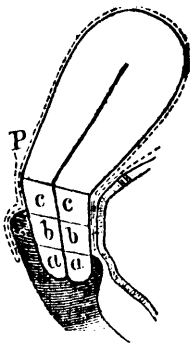


Fig. 55.

Częścią pochwową (*Portio vaginalis*) nazywamy tę część szyi, która znajduje się poniżej obu sklepień (Fig. 55 a. a.); częścią nadpochwową (*Portio supravaginalis*) tę, która leży w całości nad sklepieniami (c. c.) a częścią średnią (*Portio media*) tę, której część przodkowa leży ponad sklepieniem, a część tylna poniżej sklepienia (b. b.).

Przerost części średniej i nadpochwowej obchodzić nas będzie przy obniżeniu i opadzie macicy, a tu opiszemy tylko przerost części najniższej, t. j. części pochwowej w ścisłym znaczeniu.

### Przerost części pochwowej. *Hypertrophia portionis vaginalis.*

Przerost ten wydarza się albo w kierunku długości, zatem jako wydłużenie części pochwowej (*Elongatio portionis vaginalis*

*hypertrophica*) lub w kierunku obwodu (*Hypertrophia circularis*); następnie bywa jednostajnym, całą część pochwową zajmującym, lub częściowym.

Wydłużenie części pochwowej bywa obrazem najczystsze-  
go przerostu i wydzierać się może w tak znacznym stopniu,  
że pomimo zupełnie prawidłowego położenia macicy część pochwo-  
wa dosięga do wejścia pochwowego lub nawet sterceć może pomiędzy  
wargami na zewnątrz (Fig. 56 i 57). Bywa ona wówczas najczęściej  
wąską, okrągłą, walcowatą lub stożkowatą, grubości palca wskazu-  
jącego lub grubszą, o powierzchni gładkiej i bledo różowo zabarwie-  
nej. Ujście znajdujące się zazwyczaj na szczycie wydłużenia bywa

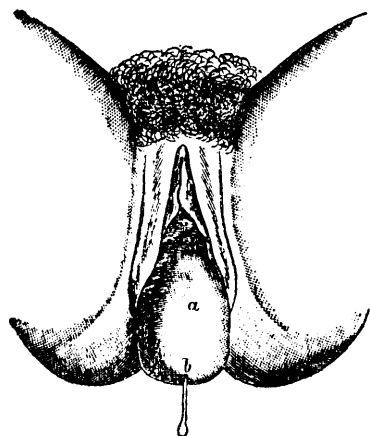


Fig. 56.

Stercenie przerostej części po-  
chwowej z pomiędzy warg sromo-  
wych.

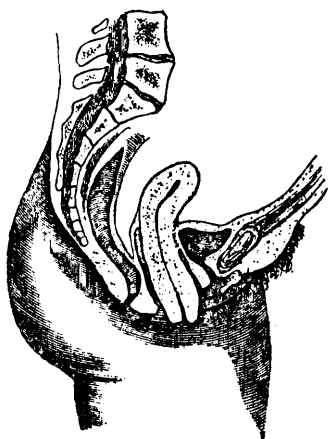


Fig. 57.

Ten sam przypadek w przecięciu,  
podług Schrödera.

drobnem, okrągłem lub tworzy poprzeczną szparkę. Jeżeli przerost  
dotyczy jednej przeważnie wargi, najczęściej przodkowej, to ujście  
szeliniowato wydłużone znajdujemy w większej lub mniejszej wyso-  
kości od szczytu wydłużenia i mamy tę formę, którą Ricord nazwał  
„*os tapiroide*“. Niekiedy na przerostej części pochwowej dostrzedz  
można zagłębienia lejcowate, prowadzące do wydzieliną śluzową rozsze-  
rzonych, kaletek gruczołowych. Badanie mikroskopowe nie zawsze  
wykazuje jednostajne pomnożenie wszystkich składników, gdyż często  
prawie wyłącznie bierze w niem udział tkanka łączna, niekiedy na-

wet na koszt utkania mięsnego, które tylko w skąpej ilości może się znajdować (Crevet<sup>1</sup>).

**Przyczyn** tego przerostu nie znamy; wiemy tylko, że najczęściej zdarza się u kobiet, które nie rodziły lub u panien. U takich, które rodziły może się wydarzyć jednostajne wydłużenie tylko wówczas, gdy część pochwowa nie doznała znacznych zmian skutkiem porodów. Gdy zaś część pochwowa dozna naddaré lub przedarcia powstać może przerost niejednostajny i to najczęściej wargi przodkowej, która po przedareiu tworzy znacznie większą część niż tylna (Stratz<sup>2</sup>). Najrzadszym bywa przerost jednostronny po stronie przeciwnej przedareiu. Aby zatem powstał przerost częściowy, koniecznym jest podług Stratza przedarcie i wytworzenie silnej blizny. Stratz nie uważa go za tak rzadki, lecz podnosi że na istnienie jego zwykle mało zwraca się uwagi. W takich razach miewa ujście położenie odśrodkowe, zbaczając ku stronie nieprzerosłej. Cechującym przerostem byłby także ten, który towarzyszy obustronnemu przedareiu szyi z następowym wywinięciem warg (*Ectropium*).

Jednostajny obwodowy przerost części pochwowej cechuje się bardzo znacznym jej zgrubieniem w takim stopniu, że czasem nie mieści się ona w otworze najgrubszego wziernika.

**Objawy.** Wydłużenie części pochwowej sprawia objawy dotkliwego drażnienia wejścia pochwowego, a niekiedy i bólu, jeżeli część pochwowa sterczy na zewnątrz, przyczem błona dziewicza (u panien) zanika do rozmiarów drobnego rąbka. Tak wydłużenie części pochwowej jak i przerost w rozmiarach grubości, połączony ze znacznym zacieśnieniem ujścia i przewodu szyi, bywają wybitną przyczyną niepłodności pierwotnej lub nabytej.

**Rozpoznanie** wydłużenia części pochwowej jest łatwe, gdyż się samo jako takie nasuwa, a po dokładnem badaniu nie podobna go z czem innem pomieszać. Jeżeli chodzi o stwierdzenie, że sama tylko część pochwowa przerosła, to o tem rozstrzyga prawidłowe ustawienie sklepień pochwowych (Fig. 57). Gdyby bowiem przerostowi uległa część nadpochwowa, musiałyby być oba sklepienia obniżone (Fig. 97), gdyby zaś część średnia, byłoby obniżonem tylko sklepienie przodkowe (Fig. 96).

<sup>1</sup>) Ueber *Hypertrophie des Cervix uteri*. Beitr. zur Geb. u Gyn. 1875.—

<sup>2</sup>) Ueber *einseitige Hypertr. des unteren Cervicalabschnittes*. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XII.

**Leczenie** polega na odjęciu czyli amputacji przerosłej części pochwowej, tak, aby miała długość prawidłową. przyczem należy pamiętać, że po amputacji, z powodu zaniku naczyń i zmian w odżywieniu, pozostała część pochwowa zmniejsza się jeszcze dość znacznie, zatem w wielkości odjętego kawałka nie trzeba przesadzać.

Jeżeli przerost dotyczy wyłącznie kierunku długości, zatem jeżeli polega na wydłużeniu części pochwowej, to odcinamy ją po prostu w sposób pierwszy, opisany na str. 165. (Fig. 53). Trudności stwarzać mogą inne okoliczności, a mianowicie: zbyt silne krwawienie, które bywa prawie stałem w razie wydłużenia (z powodu bardzo obficie rozwiniętych naczyń), i zbyt ciasny przewód szyi, tak, że nie tylko obszycie tak małego otworka z całym obwodem błony śluzowej części pochwowej bywa utrudnionem, lecz nawet wyszukanie otworu szyi. E. Martin radził operowanie bezkrwawe, które polegało na tem, że powyżej granicy amputacji przebiegał część pochwową dwiema igłami na krzyż, poza którymi uciskał ją elastyczną podwiązką. Sposób ten jednak nie zawsze dający się zastosować, raczej komplikuje operację, niż ją ułatwia, gdyż krwawienie zawsze opanować można przez założenie szwów najpierw w miejscach najsilniej krwawiących, jeżeli tylko pozostałemu kikutowi nie pozwalamy wysunąć się ku górze, t. j. jeżeli go utrzymujemy stale i to najlepiej zapomocą jednej lub dwóch pętli jedwabnych, które zakładamy na wskrós przez część pochwową, powyżej miejsca, w którym mamy ją odeciąć. W jednym przypadku amputacji, którą wykonałem u młodej panny, krwotok po założeniu szwów był tak silny z otworka, przez który pętla przechodziła, że musiałem go po obu stronach zaszyć.

W przypadkach, gdy część pochwowa jest grubsza, tak, że spojenie błony śluzowej szyi z błoną śluzową części pochwowej uniemożliwia zbyt znaczne napięcie brzegów, poleca się albo sposób opisany na str. 166. (Fig. 54), lub drugi sposób Schrödera (Fig. 98). Borysowicz<sup>1)</sup> z Warszawy podał nowy sposób tak zwanego siodełkowego odjęcia przerosłej grubej części pochwowej. Nazwa wzięta jest z kształtu odjętej lub pozostałej części podobnej do siodła, a lepiej do dachu o ściętym szczycie. Sposób ten spełnia dwa cele, a mianowicie czyni grubą część pochwową cieńszą i krótszą i pozwala

<sup>1)</sup> VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1891 i Kronika Lekarska 1891 str. 637.

w miarę cięć zakładać szwy odrazu, przez co znacznie zmniejsza się krwawienie.

### Zanik macicy. *Atrophia uteri.*

Przez zanik macicy rozumiemy takie zmiany jej utkania, które wywołują znaczne jej zmniejszenie lub też ścieńczenie ścian i utratę jędrności, właściwej narządom mięśniowym.

**Przyczyny i anatomia patologiczna.** Najwięcej typowym obrazem ogólnego fizyologicznego zaniku macicy jest zanik senilny (*Atrophia senilis*), właściwy kobietom około 60 roku życia, a niekiedy dopiero później lub znacznie wcześniej, pod wpływem wyniszczających spraw chorobowych. Macica może tu zmniejszyć się we wszystkich kierunkach do połowy a nawet do  $\frac{1}{4}$  poprzednich rozmiarów. Równocześnie części rodne zewnętrzne okazują cechy zaniku, jako to: zupełne przyplaszczanie warg wielkich, wargi małe prawie wygładzone tworzą tylko niewyraźne fałdy, a łechtaczka bez napletka jest ledwo jako drobne ciało dostrzegalna. Na błonie śluzowej przedsionka często dostrzegałem zmiany, o których nigdzie nie znajduję wzmianki, mianowicie w okolicy ujścia cewki moczowej, zabarwienia koloru ciemno miedzianego, tworzące plamy, a pochodzące prawdopodobnie od złogów barwikowych po wynaczeniach analogicznych z temi zmianami, jakie pochwie nadają wejrzenie tarantowate (str. 104).

Pochwa bywa znacznie skróconą, ściany jej cienkie, fałdy wygładzone, a część pochwowa wystaje ze sklepienia zanikłego i ciasnego, jako twardy guziczek z ujściem bardzo drobnem, lub błona śluzowa sklepienia przechodzi bezpośrednio w lejkowaty dołeczek, będący szyją maciczną. Ujście wewnętrzne bywa często zarosnięte, a ciało macicy czasem rozdęte nagromadzoną wydzieliną śluzową (*Hydrometra*). Utkanie jej bywa wiotkie i okazuje niekiedy na przekroju, szczególnie w dnie, wybroczyny, pochodzące z kruchości naczyń.

Zanik ten ma przyczynę w ustaniu czynności płciowych i bywa następstwem, wcześniejszego niż on, zaniku jajników. Dlatego też pojawia się przedwcześnie w razach przedwczesnego zaniku jajników, lub też po trzebieniu, czyli po ich wycięciu (*Castratio*).

Drugą najważniejszą przyczyną zaniku, bywają sprawy położowe i popołożowe. Zanik macicy, jako następstwo ciężkich spraw położowych, występuje albo skutkiem częściowego zniszczenia samego utkania macicy, u. p. błony śluzowej z przyległą warstwą

mięsną (po zgorzelinowem oddzieleniu się) lub skutkiem spraw niszczących czynności jajników albo też z powodu ucisku długi czas wywieranego przez wielkie wypociny okołomaciczne. Może jednak nastąpić i bez tych spraw z wpływów ogólnego znaczenia. Czy i o ile nadużycia w podawaniu przetworów sporyszu wpływają na powstanie wczesnego zaniku nie pewnego powiedzieć nie można.

Należy rozróżnić dwie formy zaniku połogowego, mianowicie: zanik bez widocznego zmniejszenia macicy (*Atrophia excentrica*), polegający na stłuszczeniu, właściwem połogowemu zwijaniu się macicy, który się tem różni od sprawy fizyologicznej, że komórki stłuszczone nie ulegają wessaniu, a nowe tworzą się niedostatecznie lub nowo utworzone również podlegają stłuszczeniu. Macica może mieć zwykłe rozmiary, lecz bywa tak wiotką, że niekiedy z trudnością daje się wybadać, a utkanie jej bywa bardzo kruche na przecięciu szaro żółtawe lub żółto czerwone. Do tychto zmian najczęściej odnoszą się przypadki przebicia macicy zgłębnikiem, nawet gdy się ostrożnie i umiejętnie sonduje, i to bez żadnego widocznego oporu ze strony utkania. Schröder opisuje przypadek, w którym przebił macicę sondą, a w 1½ roku chora zmarła na gruźlicę. Sekcyja wykazała macicę jędrną, prawidłowego utkania, a miejsce przebicia nie dało się odnaleźć, z czego wnioskuje, że ten rodzaj zaniku bywa uleczalnym.

Druga forma występuje jako przekroczenie prawidłowych granic zwinięcia się macicy połogowej (*Superinvolutio uteri*), tak, że macica schodzi do wymiarów daleko mniejszych, niż w stanie prawidłowym. W przypadku Mikschika długość jej wynosiła tylko 3 cm. a szerokość 4 cm. Kiedyindziej długość może być prawidłową, a ściany tak cienkie, że gałkę sondy wyczuwamy przez powłoki brzuszne, tak, jakby bezpośrednio za nimi się znajdowała. Część pochwowa i szyja macicy bywa niekiedy tylko grubości ołówka (A. Martin).

Jako najważniejszą przyczynę powstania tej formy zaniku należy przedewszystkiem podnieść sprawę karmienia. Wiadomo powszechnie, że czynność ta wpływa bardzo na szybkość i dokładność zwijania się macicy. Dziś również wiadomo, że w parze z karmieniem idzie bardzo często (Hrommel), a nawet stale (Schröder), nadmierne zwinięcie się macicy, które uważać musimy, jako sprawę fizyologiczną (*Lactationsatrophie Thorn<sup>1)</sup>*). Po ustaniu zaś karmienia, w sta-

<sup>1)</sup> Beitrag zur Lehre von der Atrophia uteri. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XVI.



nie prawidłowym, mniej więcej w 6 tygodni, macica powraca do wielkości prawidłowej i pojawia się miesiączkowanie, (co Thoru przypisuje odrodzeniu się błony śluzowej), lub też miesiączkowanie wcale nie powraca, macica pozostaje stale mniejszą i w dalszym przebiegu jeszcze się zmniejsza. Często towarzyszy temu zanikowi odgięcie macicy (*Retroflexio*), które pozostaje jako stałe i po powrocie jej do stanu prawidłowego. Część pochwowa często nie bierze udziału w tym zaniku.

Jako ważną przyczynę zaniku podniósł Hofmeier<sup>1)</sup> a za nim Nebel<sup>2)</sup> i Stroynowski<sup>3)</sup>, moczówkę cukrową (*Diabetes mellitus*), która tak w połogu, jak i bez niego prowadzi do zaniku. Również jako ważne przyczyny należy wymienić gruźlicę i kiłę, a Scanzoni przytacza przypadek zaniku obok porażenia odnóg dolnych.

Zanik częściowy wydarza się w okolicy ujścia wewnętrznego, najczęściej jako skutek a rzadziej jako przyczyna długotrwałego nagięcia lub odgięcia macicy. Nowotwory macicy, mianowicie włókniaki w jej ścianach, przez wzrastanie ku sobie sprawiają zanik rozdzielającej je warstwy utkrania macicznego. Podobny skutek miewa ucisk nowotworów od zewnątrz. Duże obrzęki, wzrastające ku jamie brzusznej, połączone z macicą, mogą przez wyciąganie jej ku górze sprawić takie ścięczenie ścian szyi, że może ona od ciała macicy zupełnie się odłączyć.

**Objawy.** Zanikowi macicy można tylko jeden najwybitniejszy objaw przypisać, mianowicie: brak miesiączkowania (*Amenorrhoea*). Inne objawy, mianowicie znacznego nerwowego podniecenia lub przygnębienia, wydarzają się rzadziej, a to ostatnie pochodzi najczęściej z obawy utraty płodności. Najczęściej dominują objawy cierpienia ogólnego, które dały powód do zaniku, j. t. niedokrewność, blednica, gruźlica, kiła, moczówka cukrowa i idący z nimi w parze uwiąd (*Marasmus*). Wydarzają się jednak nierzadko przypadki zaniku macicy u młodych, bardzo czerstwo wyglądających kobiet.

**Rozpoznanie.** Na możebność zaniku naprowadza nas często drobna część pochwowa, a zmniejszenie macicy rozpoznajemy w warunkach korzystnych przez badanie oburęczne i zgłębnikiem, przyczem zawsze pamiętać należy o możebności przebicia macicy. Wydarzają

---

<sup>1)</sup> *Berliner Kl. Wochenschrift* 1883 Nr. 42. — <sup>2)</sup> *Centralblatt f. Gynaecologie* 1888 Nr. 31. — <sup>3)</sup> VIty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1891.

się jednak przypadki, że ciało macicy z powodu wiotkości nie daje się wy badać i niekiedy dopiero po dłuższem drażnieniu nagle się skurczy, tak, że się staje dla badania przystępnem. Wobec stwierdzonego zaniku należy zwrócić baczną uwagę na stan ogólny, stan płuc i zachowanie się moczu.

**Rokowanie.** Zanik macicy, występujący po karmieniu u kobiet zupełnie zresztą zdrowych, pozwala prawie zawsze dobrze rokować. W innych formach zaniku, tak jak i w tej, ma podług Thorna<sup>1)</sup> rokowanie bardzo polepszać niezmieniona, t. j. prawidłowej wielkości część pochwowa. Również rokowanie bywa niezłem w przypadkach chorób, które przez leczenie dają się usunąć, jak niedokrewność, błednica a po części i kiła. Najgorszem bywa rokowanie, gdy bez żadnej widocznej przyczyny następuje zanik, towarzyszący zanikowi jajników, zatem następowy i towarzyszący chorobom nieuleczalnym, jak moczówce cukrowej i gruźlicy. Lecz i w przebiegu tej ostatniej, jak dowodzi wspomniany przypadek Schrödera, może nastąpić uleczenie.

**Leczenie** powinno być głównie skierowane przeciw przyczynom, a zanik uważać należy jako jeden z towarzyszących przypadków. Dlatego też od środków ogólnie wzmacniająco działających należy się więcej spodziewać niż od bodźców miejscowych, do których zaliczamy systematyczne sondowanie, gorące wstrzykiwania, miejscowe upusty krwi, a w końcu i stósowanie elektryczności w formie prądu stałego lub przerywanego.

## Zapalenie mięszu macicy. Metritis.

### Ostre zapalenie macicy. Metritis acuta.

**Przyczyny.** Dawniej ostre zapalenie macicy wydarzało się tak rzadko, że niektórzy autorowie poprostu istnieniu jego przeczyli. Jeżeli się zaś obecnie częściej niż dawniej wydarza, to przypisać to musimy przeważnie pomnożeniu sposobów miejscowego leczenia macicy z zaniedbaniem ostrożności postępowania bezgnilnego. Brak ścisłości i niedbalstwo w tym kierunku bywa jeszcze do dziś dnia większem niż to sobie wyobrażamy i dlatego nierzadko się wydarza, że przez zwykłe sondowanie macicy, nakłucia części pochwowej, rozszerzanie szyi macicznej, wstrzykiwania płynów do jamy macicy, źle leżące i uciskające macię krążki i t. d. możemy zamiast uleczenia

<sup>1)</sup> l. c. str. 173.

sprowadzić chorobę o wiele cięższą niż ta, przeciw której występujemy. Podobny skutek może mieć i wyskrobanie błony śluzowej jamy macicy przez bezpośrednie zakażenie lub przez rozkład gnilny, niewyprzątanych z macicy, odskrobanych kawałków błony śluzowej. Do przyczyn zapaleń zakaźnych zaliczyć należy i sprowadzenie sztucznego poronienia, szczególnie w celach zbrodniczych.

Bez wyżej wymienionych przyczyn występuje względnie najczęściej ostre zapalenie skutkiem szkodliwych bodźców w czasie miesiączkowania, z których oddawna za najważniejszy uważanem bywa zaziębienie. U kobiet zaś cierpiących na przewłoczne zapalenie macicy pojawiają się cechujące zaostrzenia zapaleń (*Exacerbatio*).

Także i do ostrego rzeżączkowego niezytu błony śluzowej macicy, któremu zawsze towarzyszy zapalenie przyległej warstwy mięsnej, może się przyłączyć zapalenie całego mięszu.

Wkońcu do rzadszych przyczyn zaliczyć należy nadużycie spółkowania (u prostytutek) i zimne lub zbyt gorące wstrzykiwania do pochwy.

**Anatomia patologiczna.** Macicę znajdujemy zawsze znacznie powiększoną, dochodzącą wielkości gęsiego jaja, szczególnie w prostym wymiarze zgrubiałą, o zmniejszonej a nawet ciastowatej zbitości. Powierzchnia przecięcia bywa czerwona, soczysta, surowiczo przesiąknięta i okazuje tu i owdzie wynaczynionki. Za uciskiem występuje z początku skąpo ciecz surowicza, przezroczysta, a następnie mętna, żółtawa z przymieszką ciałek ropy.

Badanie drobnowidowe wykazuje bardzo obfity naciek białych ciałek krwi, w mięśniach i w tkance łącznej, a naczynia warstwy przyległej do błony śluzowej znajdujemy silnie wypełnione ciałkami czerwonymi (Fritsch). W dalszym przebiegu pomiędzy pęczkami mięsnymi mogą się znajdować gniazda ropne.

Błona śluzowa macicy czerwona, rozpulchniona, pokryta przezroczystą lub mętną wydzieliną. Część pochwowa znacznie zgrubiała, krótsza, a przybłonek jej łatwo daje się zetrzeć.

Otrzewna macicy i sąsiedztwa bardzo często przekrwiona lub okazuje zapalenie z obłożeniem włóknikowem.

Podobne zmiawy jak w macicy mogą równocześnie istnieć w ścianach trąbek (*Salpingitis*) i w jajnikach (*Oophoritis*) szczególnie w zakaźnej formie zapalenia. W pochwie często współcześnie znajdujemy ostry niezbyt błony śluzowej.

**Objawy i przebieg.** Opisując objawy i przebieg ostrego zapalenia macicy, z góry musimy się zastrzedz, że bardzo często

czysty obraz tego zapalenia bywa zamazany lub nawet pokryty objawami tak często towarzyszącego podrażnienia lub zapalenia nietylko otrzewny pokrywającej macię, lecz i otrzewny miednicowej.

Zapaleniu towarzyszy gorączka, która się najczęściej rozpoczyna od mocniejszego lub słabszego dreszczu, pojawiającego się w 12 — 24 godzin po zadziałaniu przyczyny, szczególnie zakaźnej przyrody. Jeżeli się to dzieje w okresie miesiączkowania, to zazwyczaj odpływ krwawy nagle ustaje (*Suppressio mensium*) i pojawiają się bóle w dolnej części brzucha, które są różne w miarę większego lub mniejszego udziału otrzewny. Bóle, od zapalenia macię pochodzące, miewają siedzibę głębszą, a cechę bólów głuchych, tępych lub też skurezowych, podobnych do porodowych, z powodu ucisku naciekłego utkrania na nerwy. Bóle te mogą osiągnąć szczytu, jako t. z. kolka maciczna (*Colica uterina*), szczególnie w przypadkach, w których skrzepy, krew rozłożona lub kawałki wyskrobane, nie mogą odpłynąć przez szyję, są przyczyną zapalenia. Często bardzo już od samego początku dominuje ból otrzewnowy, silny, kolący, zwiększający się za najlżejszym dotknięciem podbrzusza, któremu towarzyszą nudności i wymioty, parcie na mocz i stolec, a zapaleniom powstałym z zaziębnienia w czasie peryodu, bardzo często i biegunka. Wszystko co zwiększa ucisk śródbrzuszy, jak: kaszel, wymioty i ruchy, wzmaga znacznie dolegliwości i dlatego takim chorym przynosi ulgę niskie ułożenie tułowia.

W przypadkach gdy zapalenie macię przyłącza się do zakażenia rzeżączkowego, dominują prócz bólów przypadki ostrego nieżytu błony śluzowej przedstonka, pochwy i macię.

Badanie wykazuje przedewszystkiem znaczną bolesność dotykową, temperaturę pochwy znacznie podwyższoną, część pochwową grubszą i rozpulchnioną (surowiczo naciekłą), a szczególnie bolesnem jest badanie oburęczne, które wykazuje powiększenie ciała macię. Palec wyjęty bywa pokryty albo wydzieliną rzadką, zawierającą białawe strzępki lub małe, czarne skrzepy krwi, albo też wydzielinę ropną, stósownie do przyczyny zapalenia.

Zejs c i e. Zapalenia macię, niepowikłane z zapaleniem otrzewny, mogą w kilka lub kilkanaście dni, przy stósownem zachowaniu się, zakończyć się zupełnem wessaniem nacieku zapalnego z powrotem do stanu prawidłowego (*Restitutio ad integrum*). Bywa też, że macica jako pośrednik zakażenia sama pierwotnie zajęta powraca do stanu prawidłowego, a pozostaje w całej pełni obraz zapalenia

otrzewny i tkanki łącznej miednicowej ze wszystkimi skutkami tych zapaleń, w których często znaczny bierze udział i trąbka jedna lub obie.

Dość często ostry stan zapalenia przechodzi w przewłoczny (*Metritis chronica*). Najrzadziej wydarza się to w przypadkach gdy przyczyna, wywołująca zapalenie, raz tylko zadziałała, jak n. p. w zapaleniach urazowych (zakaźnych), a najczęściej, gdy przyczyna się powtarza lub trwa, a razem z nią i zapalenia, po których macica pozostaje stale powiększoną i bolesną.

Zejście zapalenia w zropienie wydarza się tak rzadko w macicy niepołogowej, że nawet skąpe przypadki, tradycyjnie z jednej książki do drugiej przechodzące, należy poddać surowszej krytyce. Z przypadków pewnych przytoczyć należy przypadek Schrödera, w którym zapalenie macicy powstało po sondowaniu zwężonej szyi, poczem wytworzył się ropień wielkości głowy, który przebił się do odbytnicy i przypadek Bąkowskiego<sup>1)</sup>, w którym ropień przebił ściany brzuszne i jamę macicy i opróżnił się w dwóch kierunkach. Z dawniejszej zaś literatury przypadek Scauzoniego, w którym oględziny pośmiertne wykazały jako przyczynę śmierci, ropień dna macicy wielkości jaja gęśiego, który pękł w jamę otrzewny i Reinmanna<sup>2)</sup>, w którym przebicie nastąpiło na zewnątrz przez powłoki brzuszne. Fritsch zwraca uwagę także na tę okoliczność że stare ropnie z zagęszczoną treścią, znajduwane przypadkowo w szyi macicy lub przebijające się do jej przewodu mogą nie pochodzić wcale od zapalenia ostrego, lecz być zropiałym torbielem, wytworzonym z *Ovulum Nabothi*, którego treść zropiała.

**Rozpoznanie.** W rozpoznaniu ostrego zapalenia macicy główną rolę odgrywa wykazanie wybitnego jej powiększenia i bolesności w czasie badania oburęcznego, oraz przyczyna, która zadziałała, nagłe powstrzymanie odpływu miesięcznego, cechujące niekiedy bóle skurczowe lub głęboko umiejscowione i towarzyszący stan gorączkowy. Tworzenie się ropnia zapowiada stałe powiększanie się macicy z wytworzeniem chełboczącego lub sprężystego obrzęku, a popiera to rozpoznanie unieruchomienie macicy przez zlepienie z sąsiedztwem.

**Rokowanie.** Jakkolwiek zapalenie ostre kończy się prawie zawsze uleczeniem, gdy przyczyna zadziałała jednorazowo, to ze względu

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski 1891 str. 533. — <sup>2)</sup> Voigtel, *Handb. der pathol. Anat.* 1805.

na możebne następstwa, rozszerzenia się sprawy na otrzewną, musi być uważanem za cierpienie ciężkie, szczególnie ze względu na te możebne powikłania, które, nawet po ustąpieniu zapalenia samej macicy, mogą wywołać trwałe zmiany patologiczne części dodatkowych i ich otoczenia. Mniej niż tych powikłań należy się obawiać wytworzenia się zapalenia przewłocznego.

**Leczenie.** Z wymienionych przyczyn jest aż nadto widocznem, że leczenie zapobiegawcze jest bardzo ważnem. Polega ono na ścisłej aseptyce przy zastosowaniu każdego środka, służącego do badania lub leczenia macicy i dlatego odwołujemy się do tego, co zamieściliśmy na str. 40 i dalszych.

Leczenie właściwe w pierwszym rzędzie polega na ułożeniu chorej w łóżku na wznak, równo, bez znacznego podwyższenia tułowia i na uśmierzaniu bólów. Ku temu celowi w pierwszym rzędzie użyć należy zimna w postaci worka napełnionego lodem, położonego w okolicy podbrzusza na wilgotnym poczwórnym okładzie. Jeżeli zaś, co rzadko się zdarza, okład taki ulgi nie przynosi, to polecamy okłady z zimnej wody często lub rzadziej zmieniane lub wreszcie i ogrzewające. W przypadkach bardzo znacznej belesności dotykowej poleca się albo przystawienie 6 — 12 pijawek nad spojeniem kości łonowych, albo nacięcia lub nakłucia części pochwowej (*Scarificatio*), oraz o p i u m w czopkach, w dawce przynajmniej 0·03, którą co 4 godziny powtarzać można. Środków przeczyszczających lepiej w początkach unikać z powodu przekrwienia w kiszkiach i zwiększonego ruchu robaczkowego, który wywołują. Występować przeciw towarzyszącej gorączce nie mielibyśmy powodu; ze względu jednak, że antipyrryna i antifebryna działają często jako środki kojące ból, nie zawadzi spróbować pierwszej w dawce 1·0 lub drugiej 0·15 — 0·25.

Ważnem jest leczenie przyczynowe. Jeżeli zapalenie powstało z zakażenia, już to krwią rozkładającą się w macicy lub po wyskrobaniu jamy, albo po rozcięciu ujścia, po sondowaniu i t. d. należy jamę macicy odrażać przepłukaniem jej dwa razy dziennie 2% ciepłym roztworem karbolu, zapomocą cewnika macicznego. Jakkolwiek cała manipulacya wprowadzenia cewnika do jamy lub szyi macicy dotkniętej zapaleniem jest bardzo bolesną, to jednakże wielu poleca wykonywanie przepłukiwań, ze względu na korzystne ich działanie. Reszta leczenia odnosi się do zapalenia otrzewny i tkanki łącznej, jeżeli one towarzyszą zapaleniu macicy.

## Przewłoczne zapalenie macicy. *Metritis chronica*.

**Określenie choroby.** Przez przewłoczne zapalenie macicy rozumiemy chorobę jej mięszu, która tylko klinicznie odpowiada zapaleniu przewłocznemu, anatomicznie zaś tak mało, że niektórzy anatomo-patologowie wprost przeczą istnieniu przewłocznego zapalenia mięszu macicy, gdyż badanie nie dało im dotychczas żadnej podstawy do uważania znajdowanych zmian za zapalne. Z tego powodu z szeregu chorób usuwają oni nazwę „*Metritis*“, zastępując ją nazwą więcej odpowiadającą znajdowanym zmianom anatomicznym, mianowicie: rozlane bujanie tkanki łącznej, *Diffuse Bindegewebswucherung* (Klob), *diffuse areolar Hypertrophy* (Thomas i Skene).

Nazwy te świadczą już, że w sprawie, którą nazywamy zapaleniem macicy, nie biorą udziału mięśnie, które w macicy tworzą taką przewagę utkania, lecz międzymięśniowa tkanka łączna i to w takiej mierze, że cała sprawa imponuje jako jej bujanie. Sprawy zaś zapalenia żaden z anatomo-patologów, prócz Cornila<sup>1)</sup>, nie schwytał, że się tak wyrazimy, na gorącym uczynku i dlatego bez względu na to, że bujanie tkanki łącznej może być wynikiem długo i powoli przebiegającej sprawy zapalnej, nie mogli jej inaczej nazwać jak tylko przerostem, którato nazwa weale klinicystów nie zadawała. Twierdzą oni bowiem, całkiem słusznie, że macice, które służyły za przedmiot badania anatomicznego mogły weale za życia nie wywoływać objawów, które klinicznie nazywamy zapaleniem, lecz objawy przerostu albo samodzielnego albo też pozostałego po dawno już minionem zapaleniu.

Tak jak anatomowie zbyt bezwzględnie odrzucają przyczynę zapalną powiększenia macicy, pochodzącego od przerostu tkanki łącznej, tak znowu klinicyści zbyt pochopnie każde powiększenie wymiarów macicy rozpoznają jako pochodzące z zapalenia przewłocznego i przebieg jego podzielili na okresy, stósownie do zbitości powiększonej macicy i istnienia lub braku bolesności, a okresom tym kazali, czysto teoretycznie, przechodzić jednemu w drugi.

Prym w tych pojęciach przez czas długi trzymali Francuzi. Jeszcze Lisfranc opisywał stan zapalny macicy bez przerostu, a przerost jako zupełnie odrębną sprawę. Aby jednak nie być w kłopotcie co do przypadków, które nie zupełnie odnieść można było do prze-

<sup>1)</sup> *Leçons sur l'anatomie pathologique des metrites* 1889.

rostu lub zapalenia, potrzeba było czegoś takiego, co nie jest ani jednym ani drugim, lecz leży w pośrodku (Huguier) i stan taki ochrzczono nazwą „*Engorgement*“. Becquerel rozróżniał trzy stany, jako okresy zapalenia macicy: 1. *La congésion sanguine*, 2. *La congésion hypertrophique ou engorgement*, 3. *Inflammation chronique*, a Courty, który pisał po Scanzonim, stan ten pośredni, tj. *Engorgement*, *Infarctus*, opisuje jako odrębny obraz chorobowy, odwołując się do anatomicznej definicji Robina, która ma nie odpowiadać zapaleniu, a podług dzisiejszych pojęć o niem właśnie je cechuje.

Scanzoni<sup>1)</sup>, którego monografia o przewłocznem zapaleniu macicy długi czas była ostatniem słowem w tym przedmiocie, rozróżnia dwa okresy chorobowe: okres nacieku (*Stadium der Infiltration*) odpowiadający temu, co Francuzi nazywali „*état fongueux*“ i okres stwardnienia (*Stadium der Verdichtung, Induration*) i podnosi, że choroba ta z upodobaniem pojawia się w macicy połogowej. Seyfert, którego zapatrywania ogłosił Säninger<sup>2)</sup>, przeczy zapaleniu przewłocznemu, jako chorobie samoistnej, a przyjmuje tylko niedostateczne zwinięcie się macicy połogowej i woli nazwę „*chronischer Uterusinfarct*“. Przypuszcza on jednak możebność powstania tego stanu i u kobiet, które nie rodziły i nazywa go: „*durch luxuriirende Bindegewebsneubildung entstandene Hypertrophie*“.

Schröder nie zapuszcza się ani w klasyfikację, ani w ściśle rozróżnienie okresów, ani w rozbiór sprawy, lecz twierdzi, że to co nazywamy „*Metritis*“, bez względu na zapatrywania anatomo-patologów, nie da się jako kliniczny obraz chorobowy wykreślić z szeregu zapaleń. Sprzeczkę zaś o to, czy chodzi o przerost tkanki łącznej w macicy przekrwionej, czy o produkta bardzo przewłocznego przebiegu zapalenia, uważa za prostą grę słów. Nazwę „*Metritis*“ zachować należy, gdyż choroba we wczesnym okresie posiada cechy zapalenia, jako to: przekrwienie, obrzmienie i bolesność, a leczenie powinno być stanowczo przeciwzapalnym. W przypadkach zaś, w których następowe stwardnienie (*Induratio*) (drugi okres Scanzoniego) i tak się dość rzadko i późno pojawiające, nie nastaje, wystę-

<sup>1)</sup> *Die chronische Metritis*, Wien 1863. — <sup>2)</sup> *Prager Vierteljahresschrift* 1866.



pują od czasu do czasu zaostrenia sprawy z cechami przyostrego lub ostrego zapalenia. Że zaś kliniczny obraz zapalenia może się zacząć i zaczyna się najczęściej od stanu, który zapaleniem nie jest, dowodzą przypadki najliczniejsze, t. j. te, które powstały ze złego zwinięcia się macicy połogowej. Jako definicyę zatem, będącą w zgodzie z obrazem anatomicznym, podaje Schröder, że przewłoczne zapalenie jest przerostem tkanki łącznej macicy, połączonym z dotkliwością czyli bolesnością.

Najodpowiedniejszą zdaje mi się być definicya Winckla według której przewłoczne zapalenie jest zapaleniem mięszu macicy bardzo powolnego przebiegu z udziałem jej błony śluzowej lub bez niego, dotyczącem przeważnie tkanki łącznej międzymięśniowej, szczególnie okołonaczyniowej, którą znajdujemy albo w okresie bujania albo stwardnienia. Francuzi zbiorową nazwą „*Métrite*“ obejmują i zapalenie błony śluzowej macicy i otaczającej ją otrzewny.

**Przyczyny.** Złe zwinięcie się macicy połogowej (*Subinvolutio uteri*) jest najczęstszą i najważniejszą przyczyną zapalenia przewłocznego, z czego wypływa, że pojawia się ono przeważnie u kobiet, które rodziły. Jako główne zatem przyczyny uważać musimy wszystkie te, które przeszkadzają prawidłowemu zwinięciu się macicy. Mogą one wystąpić tuż po porodzie, jeżeli zamknięcie naczyń łożyskowych nie odbywa się przez skurez mięśniowy, lecz przez skrzepy naczyńiowe (*Thrombus*) sięgające głęboko w miąższ macicy, jak to ma miejsce po krwotokach i pozostaniu części błon płodowych lub skrzepów krwi w jamie macicy. Głębokie przedarcia szyi w czasie porodu, które później bywają przyczyną wywinięcia warg macicznych (*Ectropium*), mogą również przeszkadzać zwinięciu się macicy, szczególnie gdy powierzchownie ich ropieją.

Częste i ważne przyczyny stanowią odgięcie macicy połogowej (*Retroflexio*) i wszelkie sprawy połogowe, zakaźne, jakoteż wczesne wstanie i zajmowanie się pracą fizyczną.

Że po poronieniach bardzo często pozostaje macica źle zwiniętą nie ulega wątpliwości, gdyż kobiety po nich mniej się szanują, a często nie wiedzą o tem, że poronienie się odbyło, uważając je za opóźnione i obfite miesiączkowanie. Łatwiej jeszcze nastaje zapalenie przewłoczne po powtarzających się poronieniach, a nawet

po porodach szybko po sobie następujących, tak, że u kobiet takich znajdujemy macicę stale źle zwiniętą.

Jak korzystnie wpływa karmienie na zwinięcie macicy, dowodzi towarzyszący tej sprawie zanik macicy (*Lactationsatrophie*), będący stanem fizyologicznym. Że zatem kobietom niekarmiącym ubywa ważny czynnik przyspieszający zwinięcie, nie ulega wątpliwości.

Źłe zwinięcie się macicy byłoby niczem więcej jak niedostatecznym stłuszczeniem, niedostatecznym wessaniem lub niedostateczną odnową utkania mięsnego macicy, gdyby się sprawa na tem kończyła. Tak jednak stale nie jest; macica nie pozostaje tylko powiększoną, lecz jeszcze znacznie obrzmiewa i staje się bolesną.

Z ostrego zapalenia może powstać przewłoczne, jeżeli się przyczyny wywołujące powtarzają.

Przekrwieniom macicy czynnym i biernym przypisują wielkie znaczenie, jako przyczynom zapalenia przewłocznego. Nadmierne przekrwienie czynne (*Fluxio*) sprawiają: spółkowanie częste połączone ze znacznem podnieceniem płciowem, niezupełne spółkowanie celem uniknięcia ciąży lub podrażnienie bez zadowolenia płciowego z powodu niedołąztwa męzkiego lub wreszcie przedłużenie podrażnienia, wywołane kondonem.

Najważniejszą przyczyną podtrzymującą przekrwienie bywają jednak zapalenia błony śluzowej macicy, która nie tylko jest tak ściśle połączona z warstwą mięsną, że właściwie nie posiada tkanki podśluzowej, lecz nawet w tę warstwę wysyła wypustki (*Friedländer*).

Równie drażniąco na otoczenie działają nowotwory błony śluzowej i mięszu macicy, mianowicie rak części pochwowej i ciała macicy, a włókniaki małe, ukryte w jej ściankach przez długi czas mogą sprawiać objawy tylko przewłocznego zapalenia. Przekrwienia zastoinowe (*Stasis*) powstają przedewszystkiem ze zmian położenia macicy, szczególnie odchylenia, odgięcia i wypadania, z długiego zatrzymywania moczu, ze względów źle zrozumianej przyzwitości, (*Schröder*) i ze zatwardzeń, a podług *Hegara* z rozszerzenia żył małej miednicy po częstych porodach.

Ogólnym zmianom krążenia z powodu chorób sercowych, płuc i wątroby, jako przyczynom przewłocznego zapalenia, powszechnie przypisywano wielkie znaczenie. Tak jednak nie jest, gdyż macica jako narząd kurezliwy może ze wszystkich organów takim wpływom najskuteczniej stawiać opór i dlatego *Fritsch* tę przyczynę kategorięcznie usuwa.

**Anatomia patologiczna.** Macica bywa zawsze powiększoną, przeważnie w wymiarze prostym, ściany jej mocniej wysklepione, jama zaś jej stale wydłużoną. Powiększenie, najczęściej mierne, może czasem być tak znacznem, że macica dosięga dnem okolicy pępka. Naczynia maciczne, mianowicie *art. uterinae*, często okazują pokręcony przebieg, jako pozostałość połogową, a ilość przebytych porodów pozostaje w pewnym stałym stosunku do stopnia powiększenia macicy.

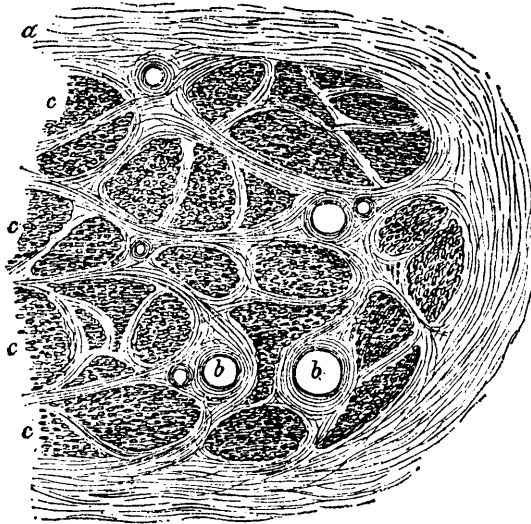


Fig. 58.

Prawidłowo utkanie macicy. *a.* tkanka łączna, *b.* naczynia, *c.* przecięcia pęczków mięśniowych. Podług *Fritsch*a.

Na przecięciu przedstawia się utkanie macicy miękkim, soczystem, barwy czerwonawej, a blisko brzegów i pod otrzewną, którą zawsze znajdujemy zgrubiałą, widać przecięte naczynia, sterzące nad powierzchnię. Powierzchnia przecięcia okazuje już gołym okiem dostrzegalną przewagę tkanki łącznej, w postaci grubych białych pasm. Badanie drobnowidowe wykazuje znaczny przerost utkania międzymięśniowego, przez co powstaje nieregularny rozdział utkania macicy. Naczynia zawsze bywają pomnożone, a niekiedy tuż obok siebie ułożone, nadają utkaniu wejrzeń jamiste. Ściany naczyń bywają uderzająco grube, w czem głównie bierze udział warstwa naczyniowa średnia (*Media*). Prócz otworów naczyniowych znajdujemy na przecięciu liczne

przestwory limfatyczne. Przerosła tkanka łączna może w niektórych miejscach okazywać już cechy utkania prawie bliznowatego, wśród którego leżą zanikłe pęczki mięśniowe; zatem obok sprawy świeższej i dawniejszą, co dowodzi, że przewłoczne zapalenie może też i ogniskowo występować.

Jak wielką różnicę we wzajemnym stosunku mięśni, naczyń i tkanki łącznej sprawia zapalenie przewłoczne uwidocznią porównanie Fig. 58., przedstawiającej prawidłowe utkanie i Fig. 59., przedstawiającej utkanie przez bujanie tkanki łącznej zmienione.

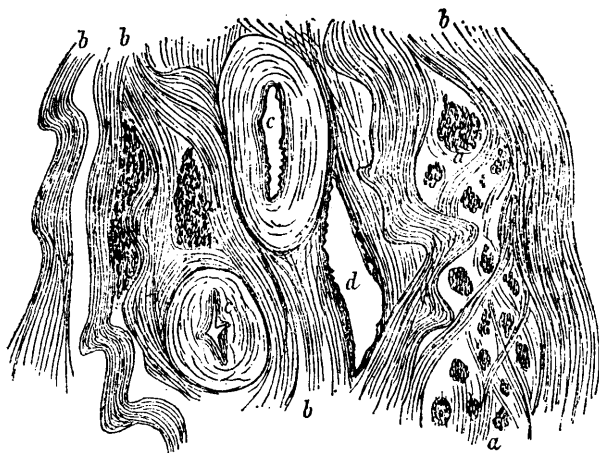


Fig. 59.

Wycinek z macicy dotkniętej zapaleniem przewłocznem, *a*, mięśnie, po prawej stronie rozdzielone bliznowatą tkanką łączną, *bbb*, tkanka łączna, *cc*, naczynia ze zgrubiałymi ścianami, *d*, przestwór limfatyczny. Podług F r i t s c h a.

Bujanie tkanki łącznej trwa do pewnego czasu i trwać może długie lata (*Stadium der productiven Entzündung*) dopóki przez ucisk na naczynia i coraz większe grubienie ich warstwy średniej nie nastąpi ich zanik i przeobrażenie nowo wytworzonego utkania w utkanie twarde prawie bliznowate, co odpowiada drugiemu okresowi Scanzoniego. Macica wówczas okazuje znaczną, czasem chrząstkowatą zbitość, a wymiary jej stają się znacznie mniejsze. Stan ten najczęściej nie jest drugim okresem sprawy zapalnej, lecz jeżeli nastąpi u kobiet, które przekroczyły rok 40, odnieść go musimy do zmian właściwych okresowi zwrotu płciowego (*Involutio uteri climacterica v. senilis*) w macicy dotkniętej zapaleniem przewłocznem.

**Objawy i przebieg.** Początek przewłocznego zapalenia macicy różnie się objawia, stósownie do tego, czy zapalenie występuje w macicy połogowej, źle zwiniętej, czy też bez poprzedzającego połogu.

W pierwszym przypadku chore po opuszczeniu łózka albo zaraz albo w czas jakiś potem doznawać zaczynają uczucia bardzo wybitnej ciężkości w dolnej części brzucha i znacznego znużenia, które zwykle odnoszą także do podbrzusza, tak, że chodzenie staje się trudnem i męczącym, gdyż opisane przypadki pogarszają się i często towarzyszy im od czasu do czasu pojawiający się odpływ krwawy lub zwiększona wydzielina z części płciowych, czyli upławy. Jeżeli, jak to często bywa, macica połogowa jest odgięta (*Retroflexio*), to bywa znacznie obniżoną i chore doznają takiego uczucia, jakby z nich coś wypaść miało. Dotychczas zatem mamy do czynienia tylko z objawami źle zwiniętej macicy połogowej. Po krótszym lub dłuższym czasie przyłączają się jednakże do nich bóle w podbrzuszu i w krzyżach, bolesne oddawanie stolca i częste parcie na mocz, które wówczas bywa znacznem, gdy obrzmiała macica jest nachyloną (*Anteversio*) i swoim ciężarem przeszkadza rozszerzaniu się pęcherza, skutkiem czego już mała ilość moczu sprawia potrzebę oddania go, czyli „parcie na mocz.“ Mocz w tych przypadkach bywa zupełnie czystym, a cewka moczowa i pęcherz nie okazują zmian. Mimo to parcie na mocz, nawet bez widocznego ucisku ze strony macicy, może być tak dokuczliwem i uporezywem, że przybiera niekiedy znaczenie objawu współczulnego.

Nasilenie opisanych objawów może się znacznie zmniejszyć skutkiem tego, że chora zmuszoną jest do szanowania się i w ten sposób stan jej może się stać znośnym, lecz zazwyczaj nie na długo. Następny okres miesięczkowy i połączony z nim nawał krwi do naczyń małej miednicy zaostrza znowu całą sprawę na dni kilka lub kilkanaście i te zaostrzenia, które mogą też występować niezależnie od okresów miesięczkowych, bywają objawem cechującym przewłoczną zapalenie macicy.

Miesięczkowanie, którego zaburzenia prawie stale towarzyszą przewłocznemu zapaleniu macicy, bywa bolesne, obfite i długo trwające. Znacznie zwiększona wydzielina krwawa pochodzi nietylko z wiotkości utkania macicy, pomnożenia naczyń i przekrwienia o wiele przewyższającego zwykły nawał miesięczny, lecz i z powiększenia jamy macicy, a tem samem i powierzchni krwawiczej. W czasie miesięcz-

kowania możemy też zauważyć znaczniejsze jeszcze obrzmienie macicy, podobnie jak i w okresach pogorszeń, niezależnych od miesiączkowania, a powiększona jama macicy może zawierać skrzepy krwi, które bywają na zewnątrz wydalane bolesnymi skurczami macicy. Zmniejszona kurezliwość ścian bywa też przyczyną przedłużania się krwawień miesięcznych, tak, iż pomiędzy jednym a drugim peryodem może być tylko nie wiele dni wolnych. W innych przypadkach krwawienie miesięczne po kilku dniach ustaje, aby znowu po jakimś czasie oblicie powrócić.

Krwawienia mogą się także pojawiać i poza okresami miesięczkowymi bez widocznej przyczyny lub po zmęczeniu lub po wstrząśnieniach moralnych.

Bezpośrednim skutkiem opisanych dolegliwości i obfitego miesiączkowania bywa często znaczny stopień niedokrewności, co jednak nie zawsze przeszkadza temu, że miesiączkowanie może być dalej równie obfitem.

W przebiegu przewłocznego zapalenia macicy pojawia się niekiedy ten szczególny rodzaj bólu, który przypomina zupełnie bóle towarzyszące miesiączkowaniu, a występuje zwykle w środku pomiędzy dwoma okresami miesięczkowymi, ból międzymiesiączkowy (*Intermenstrualschmerz*, *Mittelschmerz*), często w połączeniu z obfistą wydzieliną śluzu krwawo zabarwionego.

Okresowość miesiączkowania bywa zwykle w przebiegu zapalenia prawidłową, a czasem bywają okresy skrócone (*M. antepoens*).

Płodność bywa zależną głównie od zachowania się błony śluzowej macicy. Nietylko towarzyszące nieżytowe zmiany błony śluzowej tworzą najważniejszą przeszkodę w zapłodnieniu, ale i znaczna wielkość jamy sprawia, że zapłodnione jajeczko w niej się nie utrzyma. Jeżeli zaś ciąża nastąpi, to łatwo nastaje poronienie, a po niem znaczne pogorszenie sprawy, po porodzie zaś donoszonego dziecka, macica pozostaje od początku uderzająco wielką.

Od opisanych przypadków ciężkiego przebiegu zapalenia przewłocznego popołożowego do przypadków lżejszych, istnieje cała skala przejść, tak, że do najczęstszych zaliczamy te, w których macicę znajdujemy miernie powiększoną, mało bolesną, sprawiającą tylko uczucie bólu krzyżów, do którego chore jako tako nawykają, a pogorszenia, w których pojawia się cały obraz zapalenia z powiększeniem macicy, znaczną bolesnością dotykową, pojawiają się ledwo co parę

miesiący, przyczem miesiączkowanie może się prawie prawidłowo odbywać.

Ze zmian towarzyszących przewłocznemu zapaleniu macicy najczęściej znajdujemy niezbyt błony śluzowej szyi i jamy ciała macicy. Część pochwową zgrubiałą, rozpulehnią, wargi czasem, skutkiem porodowych naddarć szyi wywinięte (*Ectropium*) znacznie zgrubiałe okazują rozległe nadżerki (*Erosio*), a z ujścia wypływa żółtawa, ropiasta wydzielina. Często też i zmiany otrzewny nie ograniczają się tylko do zgrubienia, lecz występują jako zapalenia przewłoczne z towarzyszącą wypociną lub zlepnemi przyzyciepieniami narządów.

Z objawów współczulnych, odruchowych, bywają najstalszymi zaburzenia w przewodzie pokarmowym, j. t. brak apetytu, odbijania, zgaga, cuchnienie z ust i wzdęcia. Zatwardzenia bywają tak uporczywe, że chore używają bezskutecznie miesiącami i latami całymi najrozmaitszych środków czyszczących, a w okresach pogorszeń unikają wypróżnień z obawy powiększenia bólów.

Z innych objawów współczulnych najczęściej jeszcze pojawia się nerwoból międzyżebrowy (*Neuralgia intercostalis*) i sutkowy (*Mastodynia*). Do tych objawów zaliczają i histeryę i dawniej szczególnie pod tym względem przesadzano, że przypisywano chorobom części płciowych najważniejszą rolę w powstawaniu choroby nerwowej, która najczęściej bywa odziedziczoną lub wcześniej nabytą. Że choroby części płciowych, podobnie jak innych narządów, pogarszają histeryę, to nie ulega wątpliwości, lecz nie trzeba się spodziewać zupełnego jej uleczenia po uleczeniu chorób części płciowych, od których najcięższe przypadki histeryi prawie zupełnie bywają niezależnymi, a czasem nastaje nawet pogorszenie skutkiem leczenia miejscowego.

W przypadkach o wiele rzadszych, w których zapalenie przewłoczne powstaje niezależnie od połogu, zatem u kobiet, które nie rodziły lub u panien, pojawia się początkowo tylko bolesne miesiączkowanie, n. p. skutkiem nagięcia macicy (*Anteflexio*) lub zwężenia ujścia, które długo trwać może, zanim pojawią się zaburzenia niezależne od miesiączkowania jako początek choroby.

Kiedyindziej znowu w początkach przeważają przypadki ze strony otrzewny, mianowicie gdy zapalenie wytwarza się skutkiem szkodliwości urazowych, jak n. p. po sondowaniach, skrobaniach i t. d. lub też po zakażeniu rzeżączkowym, a po ustąpieniu przypadków ze strony otrzewny znajdujemy macicę stale powiększoną i bolesną. Bardzo wybitnie powiększa się macica odgięta i znajdujemy ją bardzo często dotkliwą.

Przebieg bywa zawsze bardzo przewłocznym z wyjątkiem przypadków zależnych od przyczyn, dających się łatwo usunąć jak n. p. odgięcie i wypadanie macicy. Zapalenie przewłoczne trwa nie tylko latami całemi, lecz dziesiątkami lat, z przebiegiem naprzemian to utajonym, to znowu występuje z całą siłą ostrych przypadków. Znośnem może być tylko dla kobiet, które pozostają w długiej opiece lekarskiej i są w stanie zadość uczynić wszelkim dyetetycznym przepisom; kobiety biedne, zmuszone pracować fizycznie, czyni do pracy prawie niezdolnemi. Na pociechę, że nieznośne przypadki po ustaniu miesiączkowania ustąpią za długo trzeba czekać, gdyż zwykle u kobiet cierpiących na przewłoczne zapalenie macicy, późno, czasem dopiero po 50 roku, ustaje miesiączkowanie, a długo trwającemu okresowi zwrotu płciowego towarzyszą zazwyczaj znaczne krwotoki i zaostrenia zapalenia. Tak zwany drugi okres Scanzoniego, t. j. stwardnienie skutkiem bliznowatego przeobrażenia tkanki łącznej, często dopiero bardzo późno nastaje i także niezawsze pożądaną przynosi ulgę.

**Rozpoznanie** jest łatwem, jeżeli uwzględnimy trzy główne objawy: 1. Jednostajne powiększenie macicy, ze zgrubieniem ścian i wydłużeniem jamy; 2. bolesność dotykową; 3. wybitnie przewłoczną cechą cierpienia. O cechujących pogorszeniach czyli zaostreniach sprawy dowiadujemy się przez wywiady, jeżeli właśnie w tym czasie nie badamy.

Można być w kłopotcie co do rozpoznania, jeżeli zachowanie się macicy, mianowicie jej zbitość i powiększenie, odpowiada macicy ciężarnej a możebność ciąży w macicy dotkniętej przewłocznem zapaleniem zawsze przypuszczać należy. Jakkolwiek macica ciężarna bywa miększą, część pochwowa oraz pochwa wybitnie rozpułchnioną i macica prawie nigdy nie bywa bolesną, to jednak wyadrzeć się mogą przypadki, w których tylko czekanie, n. p. 4 tygodniowe, może wątpliwość usunąć. Bardzo naturalnie ważną jest okolicznością brak peryodów lub istnienie ich.

Jak już wspomniano, nietylko włókniak mały śródścienny może przez czas dłuższy objawiać się tylko jako przewłoczne zapalenie macicy, zanim jako taki stanie się przystępnym badaniu, lecz także i włókniak podśluzowy. W pierwszym przypadku wykazanie zgrubienia tylko jednej ściany macicy może upewnić rozpoznanie włókniaka, co bywa możebnem, jeżeli obok zupełnie płaskiej tylnej ściany macicy znajdujemy przodkową ograniczoną wysklepioną lub jeżeli stwierdzimy to po rozszerzeniu szyi, badając równocześnie pal-



cem od jamy macicy i od zewnątrz. W przypadkach włókniaka podśluzowego lub ukleju włókniakowego (*Polypus fibrosus*) bywa najczęściej szyja skróconą, a rozstrzygnąć może sondowanie lub badanie palcem po jej rozszerzeniu.

**Rokowanie.** Scanzoni twierdził, że przewłoczne zapalenie macicy jest chorobą nieuleczalną i ze stanowiska anatomicznego ma zupełną rację. Zapalenia są uleczalne, zmiany zaś pozostałe po zapaleniach tylko do pewnego stopnia. Tam gdzie się tkanka łączna obficie wytworzy dzieje się to zawsze z uszczerbkiem utkania, które otacza, a czynność tego utkania musi być coraz więcej upośledzana przez powolne przeobrażenie bliznowate tkanki łącznej i zwiększony ucisk.

Ze stanowiska klinicznego, podobnie jak wady sercowe uważamy o tyle za uleczalne, o ile da się przywrócić kompensata, zatem usunąć przypadki, tak i w tem zrozumieniu uważamy za uleczalne przewłoczne zapalenie macicy, gdyż posiadamy w każdym razie szereg środków, które, obok stósownego zachowania się chorych, działają skutecznie na zmniejszenie do pewnego stopnia wytworzonych zmian i usunięcie przypadków chociaż nie stale, lecz na czas długi.

Rokowanie wielce też zawisło od zmian wikłających zapalenie, a szczególnie od stopnia, jakości, i rozległości towarzyszącego nieżytu błony śluzowej, od zmian w trąbkach, jajnikach, i otrzewny miednicowej, które dopiero zapalenie przewłoczne macicy mogą uczynić trudno uleczalnem lub nieuleczalnem.

**Leczenie** zapobiega w cze polega przedewszystkiem na pilnem baczeniu, aby zwiniecie się połogowej macicy było dokładnem, to znaczy, że trzeba usunąć wszelkie przyczyny przeszkadzające temu, a leniwo zwijającą się macicę podniecać do kurczliwości właściwymi środkami. Należy również wpływać na kobiety poruczone naszej pieczy, aby same karmiły swoje dzieci, jeżeli nie są dotknięte chorobami wyniszczającymi lub wadą serca. Niedokrewność nie stanowi ważnej przeszkody w karmieniu, jeżeli, co dość często bywa, pokarm w dostatecznej istnieje ilości. Do zapobiegawczego leczenia zaliczamy również naprawę położenia macicy odgiętej lub wypadającej, jakoteż usuwanie przyczyn nawału krwi i zastoin.

Wielkiej wagi warunek w leczeniu stanowi uregulowanie trybu życia i dbanie o regularne codzienne wypróżnienia. Zadośćuczynienie tym dwom warunkom jest najtrudniejszą częścią leczenia i dlatego ważność ich dotrzymania, należy wobec chorych z wielkim podnosić naciskiem. U chorych z brakiem apetytu i upośledzonym trawieniem

systematycznie przeprowadzona przeważnie dyeta mleczna jest najstósowniejszą. Picie mleka polecamy w małych częstych dawkach, np. co godzinę po 100 gr., a prócz tego dwa razy dziennie mięso dobrze przyrządzone. Obok tego przechadzka niemęcząca i wzbudzenie spółkowania, jeżeli wstrzymanie się od niego przychodzi z łatwością. Najwięcej trudności nasuwa się w zwalczaniu uporeczywych zatwardzeń, gdyż zwykle mamy do czynienia z chorem, które już wszystkich środków wypróbowało. Najlepiej zatem, ile się da, unikać ich i działać na przewód pokarmowy środkami dyetetycznymi jak np. poleceniem spożywania większej ilości kompotów, wypicia szklanki zimnej wody na czczo, a w końcu, lewatywami z wody letniej lub chłodnej, do której skutecznie dodać można 2 łyżki gliceryny lub czopkami glicerynowymi. Jako środek bardzo pomocniczy polecamy ostrożne i umiejętnie mięsienie brzucha.

Leczenie właściwe składa się z leczenia samej macicy, zatem miejscowego, i ogólnego. W razie gdy mamy do czynienia z okresem zaostrenia zapalnego, powiększeniem i znaczną bolesnością macicy, to leczymy tak, jak w zapaleniu ostrem. zatem polecamy spokojne leżenie, okłady zimne na podbrzusze i upust krwi przez nakłucia części pochwowej. Jeżeli po kilku dniach zmniejszy się bolesność i obrzęk macicy, pozwalamy chorej opuścić łóżko i rozpoczynamy leczenie okresu przewłocznego. Leczenie to należy zawsze rozpocząć od małych, lecz często powtarzanych upustów krwi, które wykonywamy w ten sposób, że w wzierniku Mayera lub Fergussona, nakłuwamy najczęściej wargę przedkową, jako dostępniejszą, małym lancetowym nożykiem (Fig. 60) na 5 — 10 mm. głęboko w kilku miejscach, stósownie do ilości krwi, jaką chcemy upuścić. Zasada jest tu, aby naraz upuścić  $\frac{1}{2}$  — 1 łyżki krwi, a upusty te powtarzać co 3 — 5 dni, gdyż małe upusty, często powtarzane, stanowią lepiej działającą niż obfite, a rzadkie. Już pierwsze ukłucie wystarcza, abysmy mieli wyobrażenie o stanie przekrwienia macicy i wydaje niekiedy taką ilość krwi, że następne albo są zbyteczne albo też należy je wykonywać płycej. Czasem z nakłutej żyłki krew wypływa prądem i szybko może wypełnić znaczną część wziernika. Nakłucie tętniczki rozpoznajemy po tętnieniu spływającego paska krwi. Mimo to zawsze jeste-



Fig. 60.

Nożyk Spiegelberga do punkcji części pochwowej.

my panami położenia, gdyż ucisk wywołany pęczkiem waty lub wytamponowanie wziernika na kilka minut wystarcza do zatrzymania krwawienia. Czasem znowu po nakłuciu zamiast krwi wypływa gęsta, szklista lub biaława wydzielina z rozszerzonego pęcherzyka gruczołowego (*Folliculus*). Jeżeli, jak się to często wydarza, na części pochwowej znajdują się rozszerzone i wypełnione kaletki gruczołowe (folikuly), należy je przez nakłucia opróżnić z treści, aby w ten sposób zmniejszyć napięcie ścian. Po nakłuciach należy wystrzegać się wszelkiego drażnienia tamponami lub wstrzykiwaniami i tylko po prostu wyjąć wziernik po wylaniu krwi z niego. Chorej nie powinno się nigdy o potrzebie nakłuć wspominać, gdyż obawa rzeczy nieznannej i przygotowania do tego małego rękoczynu, jakby do wielkiej operacji, więcej szkodzi, niż sam upust krwi pomódz może. Ból towarzyszący nakłuciom czasem ledwo daje się chorym uczuć, gdy w innych przypadkach uczuwają go one dotkliwie.

Dobroczynny wpływ częstych upustów krwi da się wytłómaczyć tylko przez zmniejszenie napięcia ścian i umożliwienie działania mięśni macicy, czyli przywrócenie im kurczliwości, czego dowodzą także zmniejszone krwawienia miesięczkowe, jeżeli w okresie międzymiesięczkowem, a szczególnie tuż przed pojawieniem się peryodu wykonano upust. Przeciwwskazania nie stanowi nawet znaczny stopień niedokrewności, jeżeli wymaga tego stan macicy. Dawniej upusty krwi uskutecziano przez przystawianie na części pochwowej pijawek i nawet sadzono się na genialne pomysły przywiązywania im nitok do ogonów, aby nie dostały się do jamy macicy (Weber). Obecnie sposób ten zupełnie zarzucono, nie tylko dlatego, że dużo wymaga czasu i zachodu, lecz głównie dlatego, że o bezgnilnem postępowaniu wówczas mowy już niema i ilość krwi upuszczonej od woli naszej nie zależy.

Drugim dzielnym środkiem, który upusty krwi po części zastąpić może, jest wkładanie w górną część pochwy tamponów z waty, z amaczanych w glicerynie. Dobroczynne działanie gliceryny pierwszy podnosił Sims, a polega ono na własności bardzo znacznego chłonięcia cieczy, czyli na osmozie z tkanek ku glicerynie. Tę własność gliceryny możemy też codziennie sprawdzić i przekonać się, że po wsunięciu tamponu wypływa przez kilka godzin ciecz wodnista w takiej ilości, że chore bywają formalnie zamoczone. Dlatego też poleca się opaskę, która przeszkadza zamoczeniu nóg i ewentualnemu zaziębieniu się. Do gliceryny użytej do tamponów można dodać albo jaki środek odrażający, np. kwas borowy 2—3%

albo też jodek potasu w tej samej ilości, jeżeli ktoś wierzy w jego w tem zastosowaniu resorpcyjne działanie. Ichtyol, który od niedawna wszedł w użycie w chorobach kobiecych, ma być przeciw zapaleniu macicy nieskutecznym (Kötschau<sup>1)</sup>).

Użycie tamponów ma jednak tę niedogodność, że chore trudno wprawiają się w stosowne ich założenie i najczęściej używają tamponów zbyt małych i zakładają je zbyt płytko, skutkiem czego tampon albo wypada albo tak drażni, że chore go wkrótce wyciągają; narzędzi zaś służących ku temu celowi, t. z. „*Tamponträger*“, często nie nauczą się używać. Dlatego najlepiej albo polecić zamiast jednego dużego tamponu (stosownie do obszerności pochwy) zakładanie kilku małych albo też poruczyć tę czynność wprawnej położnej i zalecić wykonywanie tamponady z użyciem bukszpanowej łyżki, „*gorgeret*“.

Tamponowanie powinno się powtarzać dwa razy dziennie, t. j. rano i na noc, a po każdorazowym wyjęciu tamponu trzeba przestrzykać pochwę letnią wodą (27° R.), czystą lub z dodaniem kwasu borowego albo kreoliny 10 kropli na litr wody. Jeżeli wykonywamy nakłucia, to tampony polecić można w dniach od nakłuć wolnych i taka kombinacya środków jest najkorzystniejszą.

O wiele mniej skutecznem jest stosowanie środków w postaci gałek pochwowych (*Globuli vaginales*) zarobionych masłem kakaowem, a zawierających jodek potasu lub jodoform.

Jod miejscowo skuteczniej można stosować, albo jako czystą nalewkę jodową, pędzelkując nią co kilka dni we wzierniku całą część pochwową, albo też, jak poleca Breisky, napół z gliceryną do wypędzelnikowania i całej górnej części pochwy. Jodoform jest środkiem niedogodnym z powodu swej przenikliwej woni, pomimo domieszek, które tę woń nieco łagodzą jak: *Pulv. fabae toncae* lub *Cumarin*. Jeszcze najlepiej można użyć jodoformu w postaci proszku wsypanego w górną część pochwy, który utwierdzamy tamponem zmoczonym w glicerynie, gdyż wówczas dopóty go nie czuć, dopóki się tamponu nie usunie.

Nie trzeba także nigdy zaniedbywać leczenia towarzyszącego nieżyty błony śluzowej jamy lub szyi macicznej, a w największej części przypadków należy leczenie od tego rozpocząć, szczególnie gdy przeważają objawy od niego pochodzące. To samo odnosi się i do

<sup>1)</sup> *Volkmann. Samml. Klin. Vorträge. Neue Folge Nr. 35.*

leczenia operacyjnego wybitnych naddarć szyi, gdyż one często bywają bodźcem do zaostrzeń zapalnych i do podtrzymywania zapalenia.

Do środków używanych jeszcze przeciwko zapaleniu przewłocznemu macicy, należy stosowanie zimna i ciepła. Zimno działa skutecznie w okresach zaostrzeń, gdy i otrzewna bierze wybitny udział w zapaleniu, i stosujemy je wówczas albo w ten sam sposób jak w zapaleniu ostrem albo w postaci okładów zimnych co 2—3 godzin zmienianych. Aby zimne wstrzykiwania do pochwy mogły mieć skutek właściwy działaniu zimna na tkanki, musiałyby być stosowane przez czas dłuższy, co połączone jest z pewnemi trudnościami; dlatego też łatwiej dopiąć tego celu, za pomocą t. z. oziębiacza pochwowego, t. j. przyrządu, przez który woda zimna stale przepływa.

Gorące wstrzykiwania działają skutecznie, jeżeli obok zapalenia macicy, istnieją jeszcze starsze, niebolesne złogi wypocinowe po przebytem zapaleniu okołomacicznym. Znacznego wpływu tych wstrzykiwań na pobudzenie kurczliwości mięśni macicy, znajdujących się w stanie zaniku, nie można się spodziewać, równie jak i na utkanie macicy przez zbliznowacenie tkanki łącznej stwardniałej. Można ich zatem używać w samych początkach, gdy zapalenie grozi z powodu niedostatecznego zwinięcia macicy, lub przeciw zbyt obfitemu krwawieniu miesięcznemu. W późniejszych okresach wstrzykiwania ciepłe działają ogólnie uspokajająco (Emmet-Fritsch), i u kobiet cierpiących na bezsenność mają ją usuwać. Ilość wody do jednego wstrzykiwania powinna wynosić 5 litrów, a temperatura 34—36° R. Dla zmniejszenia pieczenia wody wypływającej, poleca się srom i międykrocze pomazać wazeliną.

Ważnym środkiem leczniczym przeciw przewłocznemu zapaleniu jest mięsienie macicy i jej otoczenia (*Massage*), tak, jak je wykształcił w celach ginekologicznych Thure Brandt<sup>1)</sup> w Sztokholmie, a którego skutki, tak u niego, jak i w własnej praktyce, miałem sposobność wielokrotnie stwierdzić. Mięsienie samej macicy, sposobem skombinowanym, czyli oburęcznie, pobudza ją do kurczów, a mięsienie całej okolicy usuwa zastoiny w żyłach rozszerzonych, przyspiesza krążenie i odnowę materyi. Jeżeli dodamy do tego stosowane ruchy gimnastyczne, czynne i bierne, odwodząco działające, to w każdym razie, przybywa w mięsieniu środek leczniczy, który

<sup>1)</sup> *Behandlung der weiblichen Geschlechtskrankheiten.* Berlin 1891.

tak często w przypadkach najporczywszych, przynosi chorej stałą ulgę, a lekarza z kłopotliwego wyprowadza położenia.

Wykonywanie mięsienia jest łatwym, lecz łatwo też zgrzeszyć można i działanie tego środka skompromitować przez postępowanie nieostrożne i dlatego poleca się jak największe umiarkowanie.

W przypadkach przewłocznego zapalenia macicy, którym towarzyszy znaczne zgrubienie i wydłużenie części pochwowej, wskazaniem jest jej odcięcie (*Amputatio portionis vaginalis*), nie tylko jako środek zmniejszający macicę o kawałek odcięty, lecz często znacznie więcej. K. Braun<sup>1)</sup>, w roku 1864 podał już swoje spostrzeżenia, że powiększona macica, po odjęciu części pochwowej, zmniejsza się o wiele więcej niż o długość odciętego kawałka i tłómaczy to przeobrażeniem tłuszczowem przerosłej tkanki łącznej, co miał sposobność stwierdzić drobnowidem. A. Martin<sup>2)</sup> stwierdził także stanowczo bezwzględne zmniejszenie się macicy i to w niektórych przypadkach w takim stopniu, że prawie dochodziła do wymiarów prawidłowych, a Schwarz<sup>3)</sup> jako skutek amputacji, podaje nawet zanik macicy, ze znacznem stwardnieniem następowem. Skutki dobroczynne amputacji na przebieg zapalenia przewłocznego, są niewątpliwe, bez względu na to w jaki sposób zmniejszenie macicy następuje, wykonywać ją jednak należy tylko w przypadkach, w których dużo jest do odjęcia, a zaniechać gdy tak nie jest.

Aby na pewno osiągnąć rychłozrost, powinno się wytworzyć taką ranę przez amputację, aby brzegi jej dały się spoić, bez jakiegokolwiek napięcia. Najstosowniejszem jest zatem klinowate odcięcie każdej wargi z osobna (str. 166) i dokładne zeszyście, poczem szwy najlepiej jak najdłużej pozostawić.

U chorych, które nie chcą przystać na odjęcie części pochwowej nożem, zaleca Schwarz<sup>4)</sup> jako łatwo wykonalną metodę, amputację małych klinowatych kawałków obu warg, za pomocą nożykowego żegadła termokauteru Pacquelina, a w przypadkach, gdy niema wskazania do amputacji, wykonanie kolcem termokauteru 2—3 nakłuć na 1—1½ cm. głębokich, w obu wargach macicy, celem pobudzenia jej do zwinięcia się.

W przypadkach gdy przebieg zapalenia cechuje się głównie krwotokami miesięcznymi (*Metritis haemorrhagica*) poleca Fritsch, po wyczerpaniu wszystkich środków, obustronne podwiązanie tętnic macicznych (*Art. uterinae*).

<sup>1)</sup> Wiener med. Jahrbücher 1864. — <sup>2)</sup> Tagblatt der Casseler Naturforscher Vers. 1878. — <sup>3)</sup> Centralbl. f. Gynaecol. 1885 Str. 449. — <sup>4)</sup> l. c. str. 171.

Z leków wewnątrznie podawanych, zasługują głównie na uwagę te, które posiadają własności działania czy to na kurczliwość naczyń, czy też mięśni macicznych, zatem przetwory sporyszu (*Secale cornutum*) i *Extr. hydrastis canadensis fluid*. Sporysz jest wybornym w początkach choroby, więcej jako środek zapobiegawczy, przyspieszający zwiniecie się macicy połogowej. W późnych zaś okresach, gdy z powodu zanikłych mięśni na kurczliwość mniej liczyć można, i on bardzo często zawodzi. Najlepszym sposobem stosowania są wstrzykiwania podskórne rozczyynu: Rp. *Extr. secal. corn. aq. bis depurati* 5.0 *Aq. dest.* 15.0 *Acidi carbol. liquefacti guttam*, gdyż nie psuje trawienia, lub Rp. *Secal. cornuti recent. pulv.* 5,0 *Mucilag. gumi arab. q. s. f. pill.* 60. DS. 3 razy dnia po 2—5 pigułek (Fritsch). *Extr. Hydrast. canad. fl.* podajemy 3 razy dziennie po 20—30 kropli. Nierównie do zażywania przyjemniejszym, a nawet, o ile z dotychczasowych doświadczeń sądzić mogę, i skuteczniejszym lecz drogim przetworem jest *Hydrastininum muriaticum* w proszkach lub gotowych pastylkach po 0,025 na dawkę 2 razy dziennie. Oba te środki przez dłuższy czas stosowane, w przypadkach niezbyt zadawnionych, mają niezaprzeczonego wpływ na zmniejszenie krwotoków miesięcznych i na zmniejszenie obrzęku macicy.

Teraz następuje cały szereg środków działających odwodząco, wywołujących zatem przekrwienie w innych narządach i podniecających w nich szybsze krążenie krwi, aby w ten sposób usunąć nawał i zastoiny w macicy. Do tych środków należą kąpiele, które działają odwodząc krew do największego narządu, jakim są powłoki ogólne czyli skóra, i to albo przez samą ciepłotę, albo też przez ciepłotę i przez ciała, które zawierają w rozpuszczeniu (kąpiele mineralne), lub przez sztuczne zwiększenie działania w sposób mechaniczny czyli przez procedury hydropatyczne.

W leczeniu domowym, z korzyścią polecać można kąpiele pełne i nasiadowe na 28—30° R. w ten sposób, aby chora brała 2 razy na tydzień całą kąpiel, a 4 razy nasiadową i to najlepiej bezpośrednio przed spaniem. Działanie na skórę, możemy zwiększyć przez dodanie albo zwykłej soli kuchennej (1/2 kilo do kąpeli nasiadowej a 2 kilo do pełnej), albo soli Morszyńskiej, Iwonickiej, Rabczańskiej, Franzensbadzkiej (*Moorsalz*) i t. d. Kąpiele te często mają działanie uspokajające i dobrze wpływają na bóle i sen, a wskazanie do ich użycia jest jeszcze większem, gdy zapaleniu macicy towarzyszą zmiany pozostałe po zapaleniu otrzewny i tkanki łącznej podotrzewnowej.

Odwodzące to działanie możemy jeszcze w korzystny sposób przedłużyć, jeżeli po kąpielu polecamy na noc wilgotny okład albo na sam brzuch albo też naokoło. Okłady te najlepiej robić w ten sposób, że z ręcznika zamoczanego w wystającej lub letniej wodzie, mało wyciśniętego, robimy opaskę, którą pokrywamy nieprzenikliwym batysem Billrotha, a po wierzchu utwierdzamy opaską fanelową.

Co do kąpeli mineralnych, to słusznie twierdzi Fritsch, że niema prawie takich, którychby przeciw przewłocznemu zapaleniu macicy nie polecano i że znajduje się mnóstwo takich, które mogą korzystnie wpływać na przebieg. Doświadczenie poucza, że obfitość kwasu węglowego w wodach mineralnych, jaką znajdujemy w szcawach żelazistych, jest ważnym czynnikiem w leczeniu przewłocznego zapalenia. Lepiej jeszcze działa kwas węglowy w solankach (Nauheim, Kissingen, Homburg, Soden). Solanki zimne, sztucznie ogrzewane, stosowne są dla kobiet otyłych, z podstawą, zółzową mających utkania wiotkie, u których macica jest wielką, grubą, lecz mierzenie bolesną, a przebieg zapalenia jest bardzo przewłoczny, tak, że zaostżenia prawie się już nie wydarzają (Schröder). Cieplice obojętne o miernej ciepłocie wody (Schlangenbad, Landeck), działając uspokajająco, stosowne są szczególnie w przypadkach znacznej nerwowości kobiet wątłych. Kąpiele borowinowe (*Moorbäder*) mają tę zaletę, że stopień drażnienia skóry nie jest zależnym od wysokości ciepłoty kąpeli.

Bardzo dzielnym środkiem odwodzącym, są stosowne procedury hydropatyczne i to ile możności w takich zakładach, w których chore pozostają pod ścisłym dozorem lekarskim i stosować się muszą do regularnego trybu życia.

Pobytu nad morzem i kąpeli morskich bardzo skutecznie użyć można albo zamiast solanek w ogóle, albo też jako dalszego ciągu leczenia po pobycie w innych kąpielach. Pierwszeństwo należy się zawsze dobrze położonym wyspom Morza północnego. Jednostajny klimat, małe różnice ciepłoty dnia i wieczorów oraz powietrze zupełnie czyste, wpływają szczególnie korzystnie na trawienie i odżywienie.

W wyborze miejsca, posiadającego najstosowniejsze kąpiele dla pewnego danego przypadku, nie potrzeba krępować się brakiem wody mineralnej stosownej do picia, gdyż np. chore kąpiące się w Krynicy, mogą często o wiele korzystniej pić wodę marienbadzką lub francensbadzką, podobnie jak chore w Franzensbadzie mogą potrze-



bować wody karlsbadzkiej, lub leczące się w Karlsbadzie mogą brać kąpiele z borowiny franzensbadzkiej.

Do picia polecamy chorym otyłym, z trawieniem leniwem, zastoiną brzusznią, skłonnością do zatwardzeń wody alkaliczno-słone, jak: Marienbadzką, Kissingen, Eger Salzquelle i t. d. lub wody gorzkie; niedokrewnym, szczawy żelaziste, a gdy potrzeba działania na przewód pokarmowy, wody żelaziste, zawierające siarkan sodowy, jak: franzensbadzką. Jeżeli zależy na działaniu wysokiego położenia wspólnie z kąpielami obfitującymi w kwas węglowy i ze szczawą żelazistą do picia, to bardzo stosownem miejscem jest St. Moritz w Szwajcaryi.

### Zapalenie błony śluzowej macicy. Endometritis.

Błona śluzowa szyi i jamy macicy, jest wysłana przybłonkiem wałeczkowatym migawkowym, którego migawki mają ruch ku dołowi, zatem ku ujściu zewnętrznemu zwrócony. Przybłonek ten graniczy z brukowym przybłonkiem pochwy w okolicy ujścia zewnętrznego nierówną linią, tak, że ten ostatni może sięgać wysoko w szyję maciczną, szczególnie u kobiet, które rodziły, podczas gdy u kobiet, które nie rodziły, może przybłonek wałeczkowy szyi schodzić nisko na część pochwową, a u dzieci częściowo ją pokrywać (Fischel).

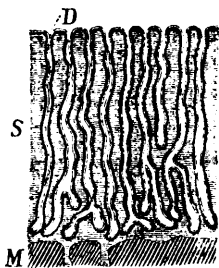


Fig. 61.

Przecięcie przez błonę śluzową macicy dziewiczej 40 razy powiększone. Podług Kundrata.

Błona śluzowa jamy macicy, okazuje gęsto obok siebie ułożone otworki gruczołów mieszkowych, które przez całą jej grubość drążą aż do warstwy mięsnej (Fig. 61) i tu najczęściej dzielą się na dwie gałęzie, odchodzące pod kątem silnie rozwartym lub prostym. Przestwory międzygruczołowe wypełnia utkanie zarodkowe, składające się z okrągłych komórek (Fig. 62) opatrzonych wypustkami, które tworzą właściwe podściełisko (*Stroma*) błony śluzowej. Pomędzy temi komórkami prawie zawsze znajdują się wędrujące białe ciała krwi Fizyologiczna wydzielina śluzu z gruczołów jamy macicy bywa skąpą, do limfy podobną, jak to udowodnił K ü s t n e r <sup>1)</sup>, który zbierał ją zapomocą rurki szklanej w jamę macicy wsuniętej.

<sup>1)</sup> Beiträge zur Lehre von der Endometritis. Jena 1888.

Błona śluzowa szyi różni się znacznie od błony śluzowej jamy macicy tem, że posiada inne i dwojakiemu rodzaju gruczoły, a mianowicie płytkie zagłębienia gruczołowe, dołki, kaletki (*Cryptae*) i długie, wązkie, głęboko sięgające rurki, rozgałęziające się w postaci jeleńskich rogów. Wydzielina tych gruczołów bywa o wiele obfitszą w postaci gęstego, szklanego śluzu, który już w prawidłowym stanie tworzy w przewodzie szyi często galaretowaty czopek, dający się tylko z trudnością od jej ścian oddzielić. Dlatego też i w stanach nieżytych zawsze największa część wydzieliny pochodzi z szyi.

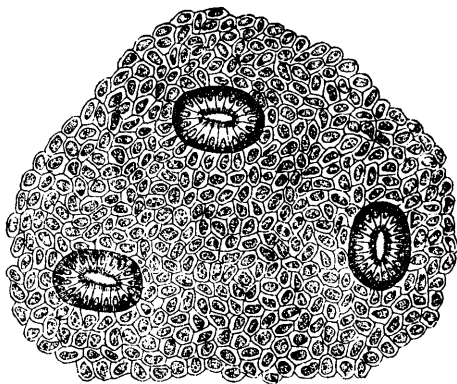


Fig. 62.

Schematyczny obraz błony śluzowej jamy macicy w powierzchni.

### Ostre zapalenie błony śluzowej macicy. Endometritis acuta.

**Przyczyny.** Ostre zapalenie błony śluzowej macicy nie da się ani genetycznie ani klinicznie ściśle odosobnić od ostrego zapalenia mięszu macicy i dlatego wszystkie przyczyny wywołujące to ostatnie mają też i tu tę samą ważność. Zapalenie ostre występuje prócz tego w przebiegu ostrych chorób zakaźnych, jak: duru, odry, ospy, płonicy, cholery i skutkiem zatrucia fosforem. Prócz przyczyn urazowych i septycznych najczęściej zakażenie rzeżączkowe wywołuje ostry nieżyt błony śluzowej.

**Anatomia patologiczna.** Błona śluzowa jamy macicy już na bodźce fizyologiczne oddziaływa bardzo znacznem obrzmieniem, a przekrwienie jej i rozpułchnienie bywa tak znacznem, że i fizyologicznie w czasie miesiączkowania stale następują wynaczynienia w jej warstwy powierzchowne, gdyż posiada o wiele więcej naczyń krew dowodzących, niż odwodzących (Leopold). W stanach zatem patologicznego podrażnienia mamy do czynienia z bardzo znacznem obrzmieniem i z takim rozpułchnieniem, że na zwłokach błona śluzowa daje się skalpelem łatwo zetrzeć aż do warstwy mięsnej, oraz

zaczzerwienieniem i wynaczynieniami. Błona śluzowa szyi bierze mniejszy udział w tych zmianach, a udział samego mięszu macicy bywa wprawdzie stałym, lecz ilościowo różnym, tak że albo tylko najwidoczniejszym bywa na części pochwowej, którą znajdujemy obrzmiałą i rozpulchnioną, albo też, jak to bywa szczególnie w przypadkach pochodzenia zakaźnego, zmiany mięszu przeważają nad zmianami błony śluzowej i wówczas „*a potiori, fiat denominatio*“.

W przebiegu ostrych chorób zakaźnych jakoteż w przypadkach raka posoczącego części pochwowej błona śluzowa może okazywać szaro-żółte obłożenie błonicowe z takimi samymi zmianami na błonie śluzowej pochwy.

Wyskrobane kawałki błony śluzowej okazują pod mikroskopem obfity naciek białymi ciałkami krwi, a cała sprawa zapalenia zdaje się ograniczać wyłącznie do utkania międzygruczołowego, gdyż gruczoły nie okazują rozszerzenia i dlatego nie bywa zwiększonej wydzieliny śluzu, lecz odpływ cieczy surowiczo krwawej lub ropnej, do której później przyłączają się liczne strzępy, pochodzące od zgorzeli i rozpadu tych części błony śluzowej, w których do bardzo znacznego obrzmienia przybyły jeszcze wynaczynienia. Czy sprawa ogranicza się tylko do samej błony śluzowej macicy zawisło od przyczyny, która wywołała ostry nieżyt. Jeżeli bowiem przyczyna jest septyczną, to sprawa ma dążność szerzenia się na błonę śluzową trąbek, na otrzewną i tkankę łączną okołomaciczną. W ten sposób może powstać śmiertelne zapalenie otrzewny po sondowaniu macicy, użyciu gąbki prasowanej i t. d. Ale i zapalenie ostre, wywołane zakażeniem rzeżączkowym, może postępując temi samymi drogami przybrać cechę złośliwą i niebezpieczną.

**Objawy i przebieg.** W lekkich przypadkach, pochodzenia niezakaźnego zapalenie rozpoczyna się od nieznacznej gorączki, zapowiadającej się czasem dreszczem. Wybitnych bólów zazwyczaj brak, a chore częściej podają tylko uczucie gniecienia i ciężkości w miednicy oraz uczucie parcia na mocz.

Najwidoczniejszymi bywają zmiany na części pochwowej, którą znajdujemy obrzmiałą, rozpulchnioną, czerwono-sino zabarwioną, okazującą niekiedy nadżerki i pęcherzyki (*Folliculi*) wypełnione treścią białawą lub ropną, a z ujścia zewnętrznego wypływa wydzielina rzadka, surowiczo krwawa lub ropna. Sondowanie, mianowicie okolicy ujścia wewnętrznego, bywa wówczas zawsze bardzo bolesnem.

Taka forma zapalenia kończy się zawsze, przy stosownem zachowaniu się chorej, w kilka lub kilkanaście dni zupełnem wyleczeniem.

Inaczej ma się rzecz w przypadkach powstałych z przyczyn zakaźnych. gdyż tu albo ciężkie przypadki zakażenia ogólnego albo zapalenia otrzewny lub tkanki łącznej okołomaciczej, pokrywają obraz zapalenia błony śluzowej. Podobnie bywa i w zapaleniu dławcowem w przebiegu chorób zakaźnych.

**Rozpoznanie.** Często już z wywiadów możemy rozpoznanie z wielkiem prawdopodobieństwem skutecznie, szczególnie gdy przyczyna zapalenia jest urazową, zatem narzędzia lub środki pęczniące, wstrzykiwanie do jamy macicy i t. d.

Cechującymi zmianami są wyżej opisane, j. t. stan gorączkowy, uczucie gnienienia, parcia na mocz, zmiana wydzieliny, zachowanie się części pochwowej, lekkie obrzmienie macicy i bolesne sondowanie.

**Leczenie** przypadków lekkich, niezakaźnych należy ograniczyć do polecenia spokojnego leżenia, okładów na podbrzusze i wypróżnienia kiszek. Jeżeli biorą górę objawy zapalenia mięszu macicy z obrzękiem bolesnym, uciekamy się do upustów krwi.

W przypadkach powstałych z zakażenia lub z ostrej rzeżączki należy ile można najdokładniej wydalać z jamy macicy produkta zapaleń i strzępy błony śluzowej powstałe z miejscowej zgorzeli zapomocą przepłukiwań jamy 2% kwasem karbolowym. Leczenie to ma na celu zapobieganie dalszemu szerzeniu się zapalenia i dlatego w przypadkach gdy sprawa rozszerzyła się już na otrzewną lub tkankę łączną okołomaciczną należy go zaniechać.

### **Przewłoczne zapalenie błony śluzowej macicy. Endometritis chronica.**

Błona śluzowa jamy i przewodu szyi macicznej, jakkolwiek tworzy nieprzerwaną ciągłość, okazuje jednak nierówną skłonność do spraw tak zapalnych jak i nowotworowych i pod tym względem mogą się te narządy tak izolować, jakby z sobą nie były połączone. Pochodzi to z różnych warunków w jakich pozostają wyścielające je części błony śluzowej, gdyż błona śluzowa jamy zabezpieczoną jest nierównie lepiej od szkodliwości zewnętrznych przez głębsze położenie, wąskie ujście wewnętrzne i ściśle do siebie przyleganie powierzchni, gdy błona śluzowa szyi narażoną bywa nietylko na wszelkie szkodliwości od pochwy działające, lecz w czasie porodu i na znaczne roz-

szerzenie, ucisk, przedarcia i sprawy zakaźne. Dlatego też podlega ona sprawom zapalnym nierównie częściej niż błona śluzowa jamy, a z powodu większej wrażliwości na bodźce zewnętrzne, daleko też częściej niż błona śluzowa pochwy, tak, że bodźce, wywołujące zapalenie błony śluzowej szyi, mogą pozostawać w pochwie, nie wywołując w niej żadnych zmian.

**Zapalenie przewłoczne, czyli nieżyt błony śluzowej jamy macicy**  
**Endometritis corporis uteri chronica, Catarrhus uteri.**

**Przyczyny.** Bardzo słusznie twierdzi Schröder, że znamy dużo przyczyn, mogących wywołać zapalenie przewłoczne błony śluzowej jamy macicy, lecz że w danym przypadku najtrudniej z jaką taką pewnością oznaczyć, która z nich zadziałała. W ostatnich latach utarło się u bardzo wielu lekarzy, aż do krańcowości posunięte zdanie Nöggeratha<sup>1)</sup>, że rzeżączka mężczyzn jest nieuleczalną i sprawia nieuleczalne, rzeżączkowe zapalenie błony śluzowej macicy. Od czasów, gdy znamy „*Gonococcus Neisseri*“ i wiemy, że w głębokich przewodach gruczołowych męskiej cewki moczowej jest leczeniu niedostępny, musimy teoretycznie zgodzić się na pierwszą część tego twierdzenia i przypuszczać że gdzie znajduje się „*gonococcus*“ tam może on wywołać zapalenie rzeżączkowe. W porównaniu jednak z tą przeważną ilością mężczyzn, którzy przebyli rzeżączkę, tak wiele kobiet, które zostały ich żonami, ma zupełnie zdrowe części płciowe, że chyba przypuszczać należy, iż zarazki, choć istniejące, przestają po pewnym czasie tworzyć właściwy bodziec chorobowy. Kiedyindziej, nie mówiąc o ostrej rzeżączce mężczyzn, związek przyczynowy jest bardzo widocznym, mianowicie gdy młode, zupełnie zdrowe kobiety zaraz w pierwszych tygodniach małżeństwa okazują wszystkie objawy nieżyty i wszystkich tych skutków, które są właściwe nieżyтови zakaźnemu, jak: szerzenie się na trąbki maciczne, otrzewnę miednicy i utratę płodności.

Jakkolwiek w wydzielinie ostrego rzeżączkowego nieżyty macicy wykazano stanowczo istnienie „koków“ to w przypadkach nieżyty przewłocznego, w których pochodzenie rzeżączkowe dało się stanowczo stwierdzić bardzo często ich nie znajdowano. Chcąc zatem pomiędzy niegdyś przebyłą ostrą rzeżączką błony śluzowej macicy, a pó-

<sup>1)</sup> *Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte.* Bonn 1872.

źniejszym nieżytem przewłocznym utrzymać związek przyczynowy, musimy przypuścić, że podrażnienie właściwe zarazkom wystarcza, aby później i bez nich trwały zmiany chorobowe lub też przyjąć, że przewłoczna rzeżączka mężczyzn wywołuje przewłoczny nieżyt macicy bez pośrednictwa rzeżączki ostrej.

Bardzo wybitną przyczyną zapalenia przewłocznego bywa sprawa porodu i połogu. Przyczyny urazowe dotyczą, jak wspomniano, głównie szyi macicznej, podczas gdy nieżyt jamy wywołują pozostałe części błon płodowych i łożyska lub powstaje on i bez tych przyczyn po całkiem prawidłowym porodzie i połogu. Bardzo ważną rolę odgrywają tu poronienia, szczególnie te, w których wielkie części błony doczesnej lub cała prawdziwa błona doczesna (*Decidua vera*) pozostaje w jamie macicy i części jej ulegają rozpadowi, a inne mogą się dalej rozwijać, jak to udowodnił Küstner<sup>1)</sup> w jednym przypadku ukleja, na którym znalazł kosmki kosmówki. Tę formę nieżyty nazwano *Endometritis decidualis*, zatem oznaczono nazwą, którą odnosimy zwykle do zmian, jakie nieżyt poprzednio istniejący wywołuje w błonie doczesnej jaja płodowego. Veit<sup>2)</sup> widzi całkiem odwrotny związek pomiędzy poronieniem a nieżytem, twierdząc, że ten ostatni już istniał i był przyczyną poronienia.

U kobiet, które nie rodziły i nawet nie spółkowały można przypuścić możebność dostania się zarazków chorobotwórczych do macicy np. skutkiem drażnienia części płciowych palcami i samogwałtu lub jako dalszy ciąg „*vulvovaginitis*“ z czasów wieku dziecięcego.

Brennecke<sup>3)</sup> podnosi jako przyczynę nieżyty „przewłoczne podrażnienia jajników, które drogą odruchów podtrzymują nawał krwi do błony śluzowej macicy“ i w ten sposób prowadzą do zmian właściwych formie nieżyty, zwanej *Endometritis hyperplastica*. Fizyologiczne pomnożenie utkania błony śluzowej zmniejsza się i ustępuje przez krwawienie miesięczne, zatem bodźce fizyologiczne mogą wówczas wytworzyć zmiany nie czasowe, lecz trwałe, gdy krwawienia nie następują. Tem się też tłumaczy, że *Endometritis hyperplastica*, wydarza się najczęściej u kobiet, będących w okresie zwrotu płciowego (*Climacterium*). U kobiet zaś młodych może być brak krwawień miesięcznych z różnych przyczyn, wywołujących niedokrewność,

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gynaecologie* XVIII. str. 252. — <sup>2)</sup> *Sammlung klin. Vortr.* Nr. 251. — <sup>3)</sup> *Arch. f. Gynaecol.* XX. str. 455.

zatem i tu następuje przerost fizyologiczny, który dla braku krwawienia może pozostać trwałym.

Podobnie jak *Colpitis adhaesiva* bywa częstą chorobą wieku późnego, tak i t. z. *Endometritis destructiva v. atrophicans* wydarza się w późnym wieku i bywa przyczyną zrosnięć w okolicy ujścia wewnętrznego u staruszek.

Zmianom położenia macicy, szczególnie odgięciu (*Retroflexio*) i nowotworom, mianowicie włókniakom macicy i rakowi części pochwowej, towarzyszy prawie stale nieżyt błony śluzowej.

Wkońcu jako przyczynę wymieniłem należy nawały do macicy skutkiem przedrażnienia płciowego i samogwałtu.

**Anatomia patologiczna** <sup>1)</sup>. Błona śluzowa dotknięta przewłocznym nieżytem uderza przedewszystkiem obrzmieniem, często bardzo znacznem (może osiągnąć 8 mm. grubości), a przytem takim rozpułchnieniem, że przybiera wejrzenie szkliste i łatwo daje się palcem rozgniatać. Obrzmienie nie bywa tak jednostajnem jak w czasie miesiączkowania, lecz pagórkowatem, a niektóre miejsca mogą tak nad powierzchnię górować, że wyglądają jak ukleje obok siebie ułożone. W rozpułchnionym mięszu błony śluzowej zawsze znajdują się wyznaczynienia różnych dat od świeżych aż do złogów barwikowych, czerwonych, brunatnych i czarnych, nadających powierzchni niejednostajne zabarwienie, do czego przyczyniają się i naczynia silnie krwią napełnione, pomiędzy któremi gołem okiem dostrzedz można liczne otworki gruczołów. Pojedyncze gruczoły znacznie rozszerzone przeświecają w rozpułchnionym mięszu, jak torbiele, które, jeżeli tuż obok siebie ułożone, mogą powierzchni przecięcia nadać wejrzenie gębczaste.

Obraz mikroskopowy bywa różnym i zależnym od tego, czy zmiany dotyczą przeważnie utkania gruczołowego, czy też międzygruczołowego i stąd pochodzi podział na formę zapalenia gruczołową (*Endometritis glandularis*) i międzygruczołową (*E. interstitialis*). Nie należy jednak tego podziału tak ściśle rozumieć, jakby w jednym obrazie mikroskopowym istniała wyłącznie jedna lub druga forma, lecz przeważnie jedna lub druga, a dla form, w których przewaga ta nie jest zbyt wybitną, zachowujemy sobie nazwę formy mieszanej (*E. glandularis et interstitialis*).

Zapalenie gruczołowe (*Endometritis glandularis*) cechuje się zmianami w gruczołach, wywołanemi rozrostem śródbłonna gru-

<sup>1)</sup> Przeważnie podług Schrödera.

czołowego. Podług tego czy gruczoły tylko się powiększają, czy też i pomnażają, rozróżniamy formę przerostową (*Hypertrophia*) i formę bujania gruczołów (*Hyperplasia, Proliferatio*).

Jeżeli śródbłonek buja w powierzchni, wówczas powiększa się ona, a gruczoł okazuje na przecięciu albo sterzące w światło jego listewki, nadające mu postać do piły podobną (Fig. 63) lub przewód gruczołowy, pierwotnie całkiem prosto przebiegający, staje się falisto pokręconym.

Jeżeli zaś śródbłonek tworzy wypustki na zewnątrz, w utkanie międzygruczołowe wówczas powstają drugorzędne przewody gruczołowe, tak, że gruczoły na przecięciu okazują najrozmaiciej zmienione kształty (Fig. 64), a z dna ich mogą bujania gruczołowe sięgać głęboko aż w przyległą warstwę mięsną (Fig. 65).

Bujania gruczołowe mogą wystąpić i wysiękowo, szczególnie w dnie macicy i przybrać takie rozmiary, że pewna część sterczy uszypułkowana nad powierzchnię, tworząc uklej tej samej budowy, co błona śluzowa.

Zapalenie utkania międzygruczołowego (*Endometritis interstitialis*), cechuje

się obfitem bujaniem samych komórek, zmianą ich kształtu i bujaniem utkania międzykomórkowego. W początkach zapalenia biorą

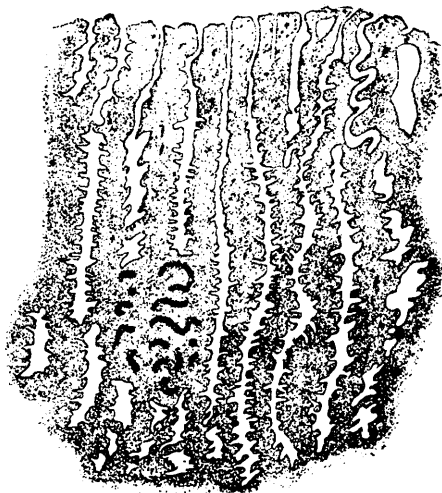


Fig. 63.

Podług Schrödera.

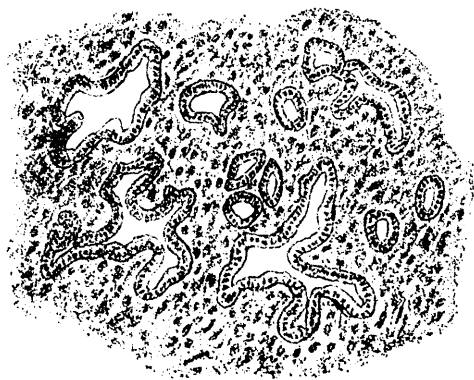


Fig. 64.

Podług Schrödera.



przeważny udział same komórki, a w okresach późniejszych i podścielisko (*Stroma*).

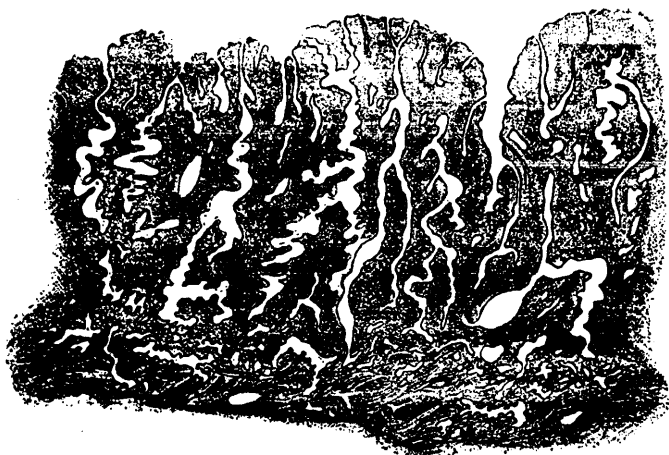


Fig. 65.

Podług Schrödera.

W zdrowej błonie śluzowej w przestworze międzygruczołowym leży komórka przy komórce, tak, że o właściwym utkaniu międzykomórkowym mowy niema, a okrągłe, duże jądra komórek występują

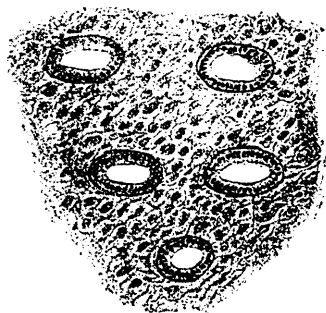


Fig. 66.

Prawidłowa błona śluzowa, powiększenie 250 razy. Podług Schrödera.

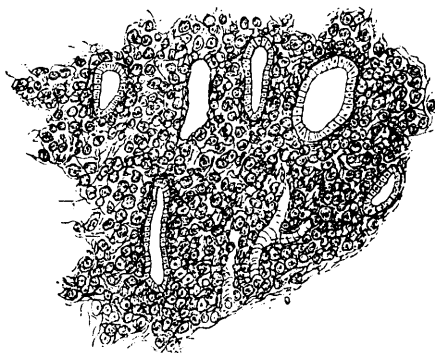


Fig. 67.

Zapalenie międzykomórkowe, powiększenie 250 razy. Podług Schrödera.

bardzo wybitnie wobec ledwo dostrzegalnych konturów komórkowych (Fig. 66). W przebiegu zapalenia przewłocznego, oprócz pomnożenia

komórek (Fig 67), następuje w późniejszym przebiegu zmiana kształtu jąder, które z okrągłych stają się podłużnymi, podobnie jak i same komórki tak, że w końcu przybierają one kształt wrzecionowaty (Fig. 68) i okazują już wówczas skłonność do układania się w pasemka w różnych kierunkach przebiegające i ze sobą się krzyżujące, przez co zbliżają się kształtem do zwykłych komórek tkanki łącznej, a z drugiej strony znaczne powiększenie ich i pojawienie się kilku jąder, może im nadać cechę komórek błony doczesnej. Jeżeli utkanie międzykomórkowe bierze udział w zapaleniu, wówczas włókna jego grubieją i pomnażają się (Fig. 69).



Fig. 68.

Zapalenie międzykomórkowe, powiększenie 250 razy. Podług Schrödera.

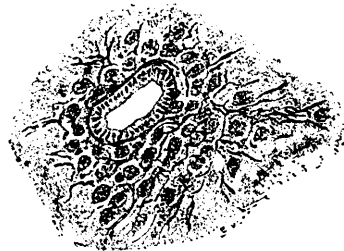


Fig. 69.

Zapalenie międzykomórkowe (*E. dysmenorrhoeica*), powiększenie 250 razy. Podług Schrödera.

Formy mieszane (*Endometritis diffusa*), prawie zawsze cechują się przewagą zapalenia międzymięśniowego, a mniejszymi zmianami w gruczołach, tak, że znajdujemy gruczoły miernie przerosłe, lecz znacznie rozszerzone. W rzadszych przypadkach wydarza się, obok znacznego bujania gruczołów, mierne pomnożenie komórek. Bywają wreszcie i takie formy mieszane, w których w jednych miejscach występuje obraz zapalenia czysto gruczołowego, a w innych międzykomórkowego.

Następstwa długotrwałego zapalenia bywają te, że elementa błony śluzowej, po długoletnim trwaniu zapalenia, doznają zmian, kończących się zupełnym zanikiem. Utkanie międzygruczołowe przeobraża się powoli w ciekłą warstwę bliznowatą, pokrywającą warstwę mięsna, a przybłonek gruczołowy pęcznieje, rozpada się i wreszcie bywa wessanym, tak, że i utkanie gruczołowe ginie, a niezanikłe

gruczoły przez załamania przewodów wydłużonych doznają odsznurowania i rozłącza wydzieliną, tak, że pozostają w utkanu jako wrzekome torbiele (*Endometritis ectatica*).

Szczególnie u kobiet w późniejszym wieku wydarza się ta forma nieżytu, która zawsze kończy się zanikiem (*Endometritis atrophica v. destruens*). Zmiany dotyczą tu wybitnie i przybłonka, który naprzód traci migawki, później z wałeczkowatego zamienia się na różnopostaciowy a w końcu zbliża się zupełnie do przybłonka brukowego (Zeller<sup>1</sup>). Prawidłową wydzielinę jamy macicy zastępuje tu wydzielina ropna, a wewnętrzna powierzchnia jamy okazuje miejsca pokryte ziarniną, które bywają przyczyną zrośnięć, szczególnie w okolicy ujścia wewnętrznego. Cała ta sprawa bardzo przypomina towarzyszącą zanikowi pochwy *Colpitis adhaesiva v. vetularum*.

Formę zapalenia, cechującą się szczególnie nadmiernem bujaniem błony śluzowej nazwał Olshausen<sup>2</sup>) za Recamiere, *Endometritis hyperplastica v. fungosa*. Bujanie to występuje najczęściej w postaci zapalenia rozlanego, czyli w postaci mieszanej (*E. diffusa*), lecz może być i śródmiąższowem, tak, że gruczoły oddzielone od siebie czyli rozepchane przez pomnożone utkanie międzygruczołowe, pierwotnie, albo następowo doznają rozszerzenia, a w innych znowu przypadkach biorą one czynny udział i powiększają się, lub w końcu nastąpić może pomnożenie utkania tak, że ilość gruczołów bywa znacznie powiększoną, skutkiem czego znajdujemy je ściśle jeden przy drugim ułożone. Widzimy zatem z tego, że *Endometritis hyperplastica* Olshausena, nie jest formą anatomicznie odrębną, lecz tylko cechującą się nadmiernym stopniem zmian właściwych zapaleniu.

Tak zwana *Endometritis decidualis v. post abortum* polega albo na tem, że błona śluzowa nie podlega przeobrażeniu wstecznemu, lecz przeciwnie bujać zaczyna międzygruczołowe, a potem i gruczołowe jej utkanie, albo też na tem, że pozostałe części błony doczesnej prawdziwej i wrzekomej nie oddzielają się, lecz pobudzają sąsiednią błonę do nacieku drobnokomórkowego, który cechuje stan zapalny, przyczem komórki błony śluzowej stają się nadmiernie wielkimi. Do tych zmian międzygruczołowych może w dalszym przebiegu przyłączyć się i forma zapalenia gruczołowego.

<sup>1</sup>) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* XI, str. 56. — <sup>2</sup>) *Arch. f. Gyn.* T. VIII.

W czasie miesiączkowania, części fizyologicznie przerosłej błony śluzowej, podminowane wybroczynami, oddzielają się w postaci małych strzępków. Sprawa ta może patologicznie przybrać takie rozmiary, że cała powierzchowna warstwa błony śluzowej oddzieli się w pojedynczych płatkach lub w całości. Dlatego tej formie nadano nazwę *Endometritis exfoliativa*, a błonom oddzielonym *Decidua menstrualis*, o czem obszerniej będzie mowa w rozdziale o miesiączkowaniu.

**Objawy.** Po opisanych zmianach anatomicznych, sądzićby można, że objawy przewłocznego zapalenia błony śluzowej jamy macicy muszą być bardzo znaczne i wybitne. Dawniej też sądzono, że wydzielina gruczołów patologicznie powiększonych i pomnożonych musi być zawsze tak zwiększoną, że uważano jako konieczny warunek nieżyty jamy macicy obfite, rzadkie, surowicze upławy, w odróżnieniu od gęstych i szklitych szyi macicznej. Później, gdy objaw ten, i wobec udowodnionego nieżyty jamy, rzadko dopisywał, uważać zaczęto wydzielinę ropną lub z przymieszką ropy jako cechującą nieżyt. Gdy zaś otrzymanie czystej wydzieliny samej jamy napotykało na trudności, a otrzymywana bezpośrednio przez rurkę szklaną Küstnera i przez aspirację za pomocą strzykawki (Hildebrandt<sup>1)</sup> najczęściej nie zawierała ropy lub bardzo małą jej przymieszkę, nabyto przekonania, że może istnieć nieżyt jamy macicy i bez zwiększonej wydzieliny gruczołów i że ona rzadko tak bywa zwiększoną i takiej jakości, aby wskazywała z pewnością na pochodzenie z jamy macicy.

Rzadka, wodnista wydzielina w przebiegu nieżyty, najczęściej pojawiać się zwykła przed okresem miesiączkowym i po nim, a odpływająca w wielkiej ilości i z przymieszką krwi, powinna budzić podejrzenie nie nieżyty, lecz złośliwego zwyrodnienia błony śluzowej. Uderzająco obfitą wydzielina cechuje się prócz tego nieżyt towarzyszący włókniakom podśluzowym w przypadkach znacznie powiększonej jamy macicy. Kopa może dalej znajdować się w wydzielinie jamy macicy w znacznej ilości w przewłocznem zapaleniu rzeżączkowym, lub zapaleniu towarzyszącem złemu zwinięciu się macicy po porodzie i poronieniu, a stale w przebiegu *Endometritis destructiva v. atrophicans* późnego wieku.

Daleko ważniejszą cechą, niż zwiększona wydzielina gruczołów jest zwiększona wydzielina krwawa w czasie okresów mie-

<sup>1)</sup> Volkmann, Samml. klin. Vortr. Nr. 32.

siączkowych, która stopniowo powoli staje się coraz obfitszą, a okresy tak się przedłużają, że krwawienia trwać mogą do kilkunastu dni, z przerwami lub bez nich, lub do następnego okresu miesięczkowego. Szczególnie obfitemi krwawieniami, cechuje się *Endometritis hyperplastica v. fungosa*, której też dodano nazwę *metrorrhagica v. haemorrhagica*, tak, że czasem ma się to wrażenie, jakby jakie grube naczynie pękło w macicy, a krew tak ciągle wziernik wypełnia, że nie podobna części pochwowej dostatecznie odsłonić.

Bóle prawie zawsze towarzyszą nieżyłowi, i w jednym i tym samym przypadku, mogą być wielorakie, a mianowicie stałe i okresowe. Stałe bóle bywają w podbrzuszu lub w boku, najczęściej lewym, z cechą bólów ciągnących, do których może się przyłączyć uczucie gorąca, pieczenia, łechtania i świądu. Prócz tych bywają bóle rozpromienione na wyższe części brzucha j. t. podżebrza, okolicę żołądka, kurecze żołądkowe i nerwobóle sutkowe, oraz bóle w nogach. Że dolegliwości te pochodzą z nieżyty, dowodzi ustąpienie ich po uleczeniu tego ostatniego. W czasie miesięczkowania, bóle albo się zwiększają, albo też przybierają cechę bardzo gwałtownych bólów skurezowych, jak to szczególnie ma miejsce w przebiegu *Endometritis exfoliativa* i w formie nieżyty śródmiąższowego z naciekiem drobno-komórkowym i grubymi włóknami tkanki międzykomórkowej, który bez krwawień przebiegać może (Sch r ö d e r). W innych przypadkach bóle i wszelkie dolegliwości ustają z chwilą pojawienia się krwawienia miesięcznego, tak, że chore tylko w czasie peryodu czują się wolnymi od bólów. W rzadszych przypadkach bóle pojawiają się w środku okresu międzymiesięczkowego (*Mittelschmerz*).

Najwybitniejszym i prawie patognomonicznym objawem nieżyty jest bolesność samej błony śluzowej jamy, którą tylko za pomocą sondy macicznej wykazać możemy. Najczęściej już w chwili, gdy gałka sondy dotyka ujścia wewnętrznego, chore drgnięciem całego ciała objawiają znaczną bolesność, a dotknięte miejsce podają jako źródło bólów. Po minięciu ujścia wewnętrznego, możemy się przekonać o znacznej dotkliwosci samej błony śluzowej jamy, lecz nie wszędzie w jednakim stopniu tak, że czasem bywa ograniczoną tylko do pewnych miejsc i to najczęściej do okolic ujść trąbkowych. Niebolesną może być błona śluzowa w przypadkach nieżyty połączonego z bardzo znacznem wybudaniem tak, że miękkie, rozgniatą się dające wybujałości wypełniają jamę i znacznie krwawią.

Częstym objawem nieżyty jamy bywa niepłodność (*Sterilitas*) pierwotna lub następowa, lub niemożebność donoszenia płodu (*Impotentia gestandi*), tak, że t. zw. poronienie nawykowe (*Abortus habitualis*) często ma przyczynę w tem cierpieniu, o czem świadczą zmiany zapalne, znajduwane na błonie doczesnej poronionego jaja płodowego, dotyczące przeważnie gruczołów. Nieżyt będący przyczyną tych zmian może zupełnie nie sprawiać przedtem wybitniejszych objawów (Veit<sup>1</sup>).

Z objawów odruchowych najstalszymi bywają zaburzenia żołądkowe, tak, że Courty przypisuje im wartość rozpoznawczą, szczególnie w odróżnieniu od nieżyty szyi macicznej. Brak apetytu, złe trawienie, kwasota żołądkowa, odbijania, nudności, wymioty albo istnieją razem albo też pojedynczo i idą w parze z upadkiem odżywienia, niedokrewnością, schudnięciem i przygnębieniem umysłowem.

**Rozpoznanie.** Jeżeli istnieje wydzielina zwiększona, czy to jako upławy, czy też jako zwiększone krwawienia miesięczne, trzeba przez badanie wykazać, że pochodzi ona z samej jamy macicy, co nie zawsze bywa tak prostem, jakby się zdawało. Wydzielina rzadka, surowicza, budzi zawsze podejrzenie, że pochodzi z jamy macicy, lecz nie wystarcza do rozpoznania nieżyty, bez innych ważniejszych objawów. Hildebrandt<sup>2</sup>) w wydzielinie otrzymanej przez aspirację za pomocą strzykawki, podaje jako cechujące nieżyt obfite istnienie przybłonków wałeczkowatych i wielopostaciowych, a Schultze, w celu udowodnienia, że wydzielina ropna pochodzi z jamy macicy, poleca wsunięcie w pochwę tamponu zmazanego w roztwornie gliceryny z taniną i pozostawienie go przez kilkanaście godzin (*Probetampon*). Jeżeli po wyjęciu tamponu, znajdzie się na nim warstwa ropy w miejscu, gdzie przylegał do ujścia zewnętrznego, wówczas ropa ma pochodzić z jamy macicy. Rzecz jednak jasna, że może ona pochodzić z szyi, lub z najbliższego miejsca drażnionego mechanicznie tamponem i chemicznie taniną. Z tego się pokazuje, że z badania wydzieliny otrzymujemy wyniki niedostateczne i że użyć musimy sposobów pewniejszych.

Badanie bolesności błony śluzowej za pomocą sondy, jest bardzo ważnem, lecz nie trzeba sądzić, aby w każdym przypadku

---

<sup>1</sup>) *Über Endometritis. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* XIII, str. 388. — <sup>2</sup>) l. c. str. 209.

bolesność towarzysząca sondowaniu pochodziła z nieżytu błony śluzowej, gdyż sprawy zapalne okołomaciczne i mięszu macicy, oraz nagięcia macicy sprawić mogą, że sondowanie będzie bolesnem bez zmian właściwych w błonie śluzowej, a czasem i sama wrażliwość odruchowa ujścia wewnętrznego może być przyczyną długich i bolesnych skurczów macicy. Dlatego po minięciu ujścia wewnętrznego należy pozostawić sondę w spokoju, dopóki bolesność nie minie, a następnie posunąć ją i lekko do dna macicy przycisnąć. Jeżeli miejsce to lub inne będzie za każdym dotknięciem wybitnie bolesnem i próby powtórzone to samo wykażą, to wówczas dopiero można przyjąć, że objaw ten pochodzi ze schorzenia błony śluzowej. Ale nietylko bolesność można sondą wykazać, lecz przez wprawne sondowanie dadzą się osiągnąć i inne ważne wskazówki, a mianowicie: wykazanie uderzającej ciasności jamy macicy w formie nieżytu, cechującej się bardzo bolesnem miesiączkowaniem (*Endometritis dysmenorrhoeica*), podczas gdy rozszerzenie jamy i miejsca nierówne, chropawe, pagórkowate najczęściej wydzarżają się w *Endometritis fungosa v. haemorrhagica*.

Najpewniejszym środkiem rozpoznania nietylko nieżytu lecz i zmian anatomicznych błony śluzowej, jest drobnovidowe badanie kawałka, otrzymanego przez wyskrobanie, za pomocą ostrej łyżeczki lub skrobaczki. O postępowaniu w tym celu będzie mowa w leczeniu nieżytu, a tu wspomnimy tyle tylko, że ze zdrowej błony śluzowej, jeżeli się nie przyciska silnie łyżeczką, da się zazwyczaj odskrobać tylko wązki, cieniutki pasek, będący jedynie jej powierzchnią warstwą, podczas gdy w nieżycie odskrobujemy albo grube kawałki, albo po wysunięciu łyżeczki znajdujemy ją wypełnioną bladoróżowymi przeświecającymi, nietrzymającymi się ze sobą kawałeczkami, które się łatwo rozgniatać dają.

**Rokowanie** w wybitnych formach nieżytu jamy macicy, pozostawionych bez leczenia, jest z wielu powodów złem. Krwotoki, mogą być tak znaczne, szczególnie w formie *Endometritis fungosa* pojawiającej się z upodobaniem w okresie zwrotu płciowego, że mogą bezpośrednio zagrażać życiu, lub przez wywołanie znacznego stopnia niedokrewności stanowczo je skrócić. Wyniszczająco działają również upławy obfite i objawy ze strony żołądka. Wkońcu nie da się zaprzeczyć, że związek przyczynowy pomiędzy nieżytwami zmianami błony śluzowej a zwyrodnieniem złośliwym, może być bardzo bliskim, a *Endometritis hyperplastica*, pomimo leczenia, okazuje często wielką

skłonność do powrotów, tak, że już klinicznie może za złośliwą uchodzić.

**Leczenie.** W leczeniu nieżytu jamy macicy, odgrywają główną rolę trzy sposoby, a mianowicie: 1. przyżeganie błony śluzowej lub stosowanie środków ściągających bezpośrednio na nią; 2. przepłukiwanie jamy płynami odrażającymi; 3. usunięcie przerosłej błony śluzowej.

1. Przyżeganie (*Cauterisatio*). Przed dwoma dziesiątkami lat w powszechnem użyciu był jeszcze azotan srebrowy czyli lapis. Stosowano go bez miary, tam gdzie było potrzeba i gdzie jej nie było, i nie było ginekologa, któryby w leczeniu chorób kobiecych masami lapisu nie używał. Błonę śluzową jamy przyżegano lapisem, albo ująwszy go w długie kleszczyki lub w właściwe przyrządy „*porte caustique*“, które podali Scanzoni, Lallemand, Chiari i t. d. lub wtapiano go w rowek stosownej sondy, podanej przez Hegara. Aby go i bez tych przyrządów użyć można, czyniono go mniej kruchym przez zmieszanie z saletrą (*Lapis mitigatus*). Gdy jednak chwilowe zastosowanie lapisu wydawało się zbyt słabem, starano się działanie jego zwiększyć, pozostawiając kawałek laseczki w jamie macicy i to, albo po wsunięciu długiej laski odłamując jej koniec (Courty w ten sposób 800 razy stosował lapis) lub wsuwając laskę ukrytą, którą następnie drutem wypychano (*Uteruspistole* E. Martina). Działanie lapisu jest bardzo powierzchownem, gdyż rozpuszcza się on o tyle, o ile na to wystarcza znajdująca się wydzielina, a potem już łączy się z białkiem w nierozpuszczalny białkan srebrowy i całkiem nie działa, kawałek zaś pozostawiony w jamie macicy, jako ciało obce, pobudza do bardzo bolesnych skurczów, które przechodzą o wiele miarę tego, co z działania środków drażniących przesadnie wymagał szczególnie Mayrhofer, przypisując w tych przypadkach skurczom macicy działanie dobroczynne na zmniejszenie przekrwienia. Łatwość stosowania lapisu pobudziła też ochotę stosowania i innych środków w tej samej formie, t. j. przyrządzając je w postaci laseczek „*Crayon*“, „*Bougis*“, które pozostawiano w macicy aż do zupełnego rozpuszczenia się. W tej postaci używano: taniny, półtorachloru żelaza, siarkanu miedziowego, ałunu, niedokwasu cynku, jodoformu i t. d., zarabiając je z gumą arabską lub gliceryną, działanie ich jednak było także słabem, a drażnienie silnem. Aby tego ostatniego uniknąć, a zarazem umiarkować działanie na całą powierzchnię błony śluzowej, wprowadzano leki wy-



mienione w postaci półpłynnej, zatem jako maści lub zawiesiny, za pomocą wspomnianej „*Uteruspistole*“ lub strzykawek.

Znaczny postęp w leczeniu stanowiło w prowadzanie środków w postaci płynnej do jamy macicy za pomocą strzykawek i baloników. Dopóki jednak nie ustanowiono koniecznych prawideł ostrożności, jakie należy zachować wstrzykując drażniące, a nawet niedrażniące ciecze w jamę macicy, wyrządził ten sposób dużo złego, a nawet bywał przyczyną śmierci. Niebezpieczeństwo głównie polega na tem, że ciecz wstrzykiwana bez poprzedniego rozszerzenia szyi macicy w czasie samego wstrzykiwania nie może odpłynąć, gdyż szyję wypełnia rurka strzykawki, a po wyjęciu jej, skurcz podrażnionego ujścia wewnętrznego, lub nagięcie macicy bywają przyczyną zatrzymania cieczy drażniącej, która, jako silny bodziec, może wywołać zapalenie mięszu macicy, trąbek i otrzewny. Kto w ogóle raz w życiu widział cały obraz kolki macicznej, której towarzyszą objawy wstrząsu lub zapadu, jak: tętno bardzo zwolnione lub przyspieszone, nitkowate, pot zimny oblewający całe ciało, nudności i wymioty, ten nie odważy się powtórnie wykonać wstrzykiwania bez poprzedniego rozszerzenia szyi. Następstwa mogą jednakże być i o wiele gorsze, jeżeli ciecz wstrzyknięta skurczami macicy wypchaną zostanie przez trąbki do jamy otrzewny, jak w przypadkach Haselberga, Barnes'a, Kerna i Spätha, w których (szczególnie w dwóch pierwszych) udowodniono przez sekcję, iż półtorachlorek żelazawy znajdował się w jamie otrzewny. Na szczęście, aby to nastąpić mogło, potrzeba patologicznego rozszerzenia trąbek (jak to miało miejsce w przypadkach Haselberga i Barnes'a), gdyż jeżeli trąbki są prawidłowe to według doświadczeń na zwłokach, zrobionych przez Vidala, Henniga i Klemma, aby ciecz przez trąbki wystąpiła potrzeba takiego parcia, jakie bez podwiązania przewodu szyi istnieć nie może. Rozszerzenia trąbek wydarzają się często, lecz najczęściej towarzyszy tej nieprawidłowości zarośnięcie ich ujścia brzuszego lub cieśń ujścia macicznego i dlatego też przedostanie się cieczy z macicy do jamy brzusznej, tak rzadko się wydarza.

Podług doświadczeń Schwartza<sup>1)</sup>, dokonywanych na psach, ciecze drażniące, bezpośrednio w jamę otrzewny wstrzykiwane, jak: nalewka jodowa i rozczyn półtorachloru żelazawego i azotanu sre-

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gynaecol.* 1882. str. 86.

browego nie wywoływały ani ogólnego zapalenia otrzewny, ani nawet zlepow, i z tego powodu przyjąć należy, iż ogólne zapalenie otrzewny wywołują nie te ciecze, lecz treść jamy macicy i trąbek, która się z nimi dostaje. Przed wstrzykiwaniem jest zatem warunkiem koniecznym dostateczne utorowanie odpływu przez poprzednie rozszerzenie szyi macicznej, zapomocą laminaryi lub rozszerzadeł Hegarowskich i poprzednie przepłukanie jamy macicy 2% kwasem karbolowym w sposób, o którym zaraz będzie mowa.

W technice wstrzykiwań stanowi wielki postęp wprowadzenie w powszechne użycie strzykawkę Braunowskiej (Fig. 70), o małej pojemności, w której ciecz użyta do wstrzykiwania daje się na krople dozować. Madurowicz zmodyfikował tę strzykawkę w ten sposób, że użycie silnego prądu uczynił niemożliwym przez to, iż posuwanie tłoczka odbywa się zapomocą śrubki, której jeden obrót odpowiada jednej kropli płynu.

Po rozszerzeniu szyi i wypłukaniu jamy macicy napełniamy strzykawkę cieczą, mającą być wstrzykniętą, zważając na to, aby nie zawierała powietrza, i we wzorniku Neugebauera chwytamy przodkową wargę kleszczykami a pociągając lekko za nią wsuwamy rurkę strzykawkę aż do dna macicy. Następnie lekko przyeiskamy tłoczek i uważamy pilnie, czy wstrzykiwana ciecz swobodnie z macicy odpływa, do czego bardzo się przyczynia lekkie pociąganie kleszczykami, wyrównywające zagięcie macicy. Jeżeli dostrzeżemy, że ciecz wstrzyknięta nie odpływa, powinno się przerwać wstrzykiwanie, wyjąć rurkę, i zaraz w jamę macicy wsunąć rurkę metalową Bandla, opatrzoną dużymi otworami, którymi ciecz zupełnie odpłynie.

Hildebrandt radził, celem uniknięcia rozszerzenia szyi, wstrzykniętą ciecz napowrót do strzykawkę aspirować, wysunawszy poprzednio rurkę o tyle, aby koniec jej znalazł się w wysokości ujścia wewnętrznego. Sposób ten udaje się albo bardzo niedostatecznie, albo się też wcale nie udaje i dlatego polecać go nie można. Zaniechać rozszerzenia szyi możemy tylko w tym razie, gdy znajdujemy ją rozszerzoną, o czem także najbezpieczniej przekonać się zapomocą rozszerzadeł.

Playfair chciał zastąpić wstrzykiwania przez wprowadzanie cieczy na wacie w jamę macicy, i podał w tym celu sondę zaopa-



Fig. 70.

trzoną na końcu w płytkie skręty śrubowe, które obwijał watą i po zamaczeniu w cieczy właściwej wsuwał w jamę macicy. Ponieważ jednak przy samem wsunięciu obwiniętej sondy większa część płynu, w wacie zawartego, pozostaje w szyi, przeto sposób ten żadną miarą wstrzykiwania zastąpić nie może. Hoffmann chciał oba sposoby połączyć w jeden, a uniknąć rozszerzenia szyi i polecał obwinać watą rurkę wstrzykawkki Braunowskiej, zaopatrzoną w liczne otwory a po wsunięciu jej, tłoczek tyle posunąć, aby tylko wata przesiąkła płynem. Zważywszy jednak, że obwinięta rurka z trudnością daje się wsunąć a zbyt cienka warstwa waty działa znowu słabo, to sposobu tego można wygodnie użyć tylko w razach przynajmniej miernego rozwarcia szyi.

Opisanymi sposobami stosowano rozmaite leki w postaci płynnej j. t. kwas karbolowy, kwas azotowy, roztwór chlorku cynku, tanninę, jodoform w zawiesinie, a w najnowszych czasach ichtyol, lecz tak dawniej, jak i obecnie, prym trzyma używanie nalewki jodowej, czystej lub rozcieńczonej, gdyż ma ona tę zaletę, że błonę śluzową, jeżeli nie jest śluzem pokrytą, przenika szybko i jednostajnie tak w powierzchni, jak i w głąb i posiada z tego powodu niezaprzeczenie własności przeistaczające ją, podczas gdy roztwór półtorachlorku żelazowego, który z nią długo rywalizował, nie działa tak jednostajnie i z krwią tworzy skrzepy twarde, które tylko silnymi skurczami macicy bywają wydalane. W przypadkach jednak bardzo silnego krwawienia daleko pewniej je powstrzymuje i używać go można w równych częściach z gliceryną.

W przypadkach wybitnego nieżyty błony śluzowej jamy macicy, a szczególnie jej wybitnego przerostu, wszystkie te środki mają nietrwały skutek, czyli nie usuwają przerostu i bujania.

2. Przepłukiwania jamy macicy. Wychodząc z dawno znanej zasady, że zatrzymane wydzieliny, czy to w jamach fizjologicznych czy patologicznych, bywają przyczyną trwania stanu chorobowego, już Avrard zaczął przepłukiwać jamę macicy, aby ją oswobodzić od zatrzymanej wydzieliny śluzowej lub ropnej. Obawa jednak wstrzykiwań była jeszcze tak wielką, że sposób ten nie rozpowszechnił się i dopiero w miarę coraz więcej wykształconego bezgnilnego traktowania chorób części płciowych przywrócili tę metodę leczenia Schultze, Fritsch, Schröder, Olshausen i Freund podając cewniki maciczne (*Uteruskatheter*), sporządzone na wzór cewnika Bozemana (Fig. 71). Składają się one z rurki wąskiej, umieszczonej

w rurce szerszej, aby ciecz z wąskiej rurki wypływająca i wypływająca macię, miała odpływ swobodny przez rurkę szerszą na zewnątrz, tak, że w ten sposób może kilka litrów płynu przepłynąć przez jamę macicy.

Aby tym rurkom, czyli cewnikom maciecznym, nadać różne zagięcia, zmieniłem<sup>1)</sup> je w ten sposób, że rurka wąska wchodzi w szeroką przez szczelinę umieszczoną z boku, a otwór, służący do odpływu na zewnątrz, umieściłem również z boku, gdyż umieszczony na tylnej ścianie łatwo się zatyka przez przyciśnięcie cewnika do tylnej ściany pochwy, jeżeli przepłukujemy bez użycia wziernika. Cewnik własnego pomysłu podał także B o r y s s o w i e z<sup>2)</sup>.

Do przepłukiwania jamy macicy, które obecnie stało się koniecznym warunkiem postępowania odrażającego przed każdym użyciem narzędzi, służących czy to do badania czy też do leczenia macicy, używamy płynów odrażających, mianowicie ciepłego roztworu 2% kw. karbolowego lub sublimatu 0·20 — 0·50 : 1000. Rurkę najlepiej wsunąć do macicy we wzierniku Neugebauera, przy pomocy kleszczyków i wsunięcie skutecznie w czasie, gdy płyn ciepły płynie przez nią z koneweczki Hegarowskiej, niezbyt wysoko umieszczonej, a ciecz odpływająca spływa po łyżce wziernika do podstawionej tacki Welpnera. W ten sposób przepuszczamy przez jamę macicy 1 — 2 litrów płynu i gruntownie ją opróżniamy z zalegającej wydzieliny, po czem wyjmujemy rurkę, a chorej polecamy spokój w łóżku przez 2 — 3 godzin. I po przepłukiwaniach bowiem pojawiają się często kuczowe bóle macicy i to nawet bardzo silne, jeżeli się potem chore spokojnie nie zachowują. W leczeniu nieżyty jamy macicy, jako środek zupełnie do uleczenia wystarczający, polecił przepłukiwania najgoręcej Olshausen, lecz doświadczenia wykazały, że leczenie samymi przepłukiwaniami wystarcza tylko w nieżycie miernego stopnia, w którym zmiany chorobowe są jeszcze nieznaczne. W miarę lepszego lub gorszego znożenia przepłukiwań przez chore, wykonywamy je codziennie lub co drugi dzień.

3. W y s k r o b a n i e (*Curettement*) lub wyłyżeczkowanie błony śluzowej jamy macicy jest środkiem najpewniej usuwającym jej



Fig. 71.

Rurka  
Bozomana  
Fritscha.

<sup>1)</sup> Bylicki. *Zur Technik intrauteriner Ausspülungen in der Behandlung von Uteruskatarrhen. Centralbl. f. Gyn.* 1886 Nr. 15. — <sup>2)</sup> *Medycyna* 1890 str. 70 i 113.

wybującości i przerost, a tem samem najlepiej ją przeistaczającym. Pierwszy Recamier zaczął w r. 1846 używać ku temu celowi ostrej obrączki stalowej, lecz nietnącej, osadzonej na pręciku metalowym, którego koniec był giętki, aby mu dowolne zagięcie nadać można i narzędzie to nazwał *Curette*, a użycie go *Curettement*. W Niemczech użycie tego sposobu z gruntu potępił K. Braun i Scanzoni, a dwa te nazwiska miały wówczas taki urok, że ślepo w ich zdanie wierzono, dopóki Simon<sup>1)</sup> w r. 1872 nie podał sposobu usu-

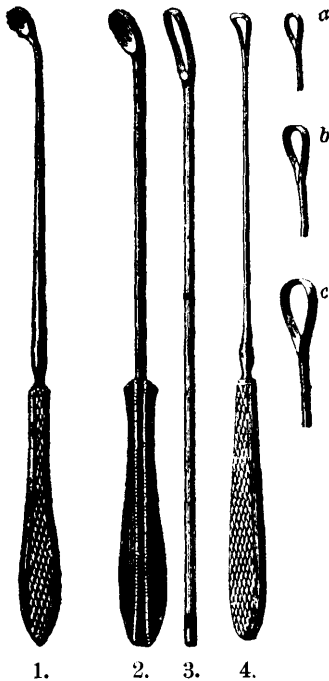


Fig. 72.

1. 2. Łyżeczki ostre Simona. 3. 4. (Skrobaczki. *Curette*).

przebiecia macicy łyżeczką, co szczególnie jest możebnem, gdy mięsz jej jest kruchym skutkiem zmian połogowych.

Po należytem wypłukaniu pochwy kilku litrami 2 — 3% kwasu karbolowego, należy dostatecznie przepłukać jamę macicy i następnie rozszerzyć szyję zapomocą rozszerzadeł lub laminaryi o tyle, aby ły-

wania wybującości rakowca części pochwowej macicy, zapomocą swoich łyżeczek (Fig. 72, 1 i 2), przyczem podał przypadek uleczenia i niezłomnego bujania błony śluzowej jamy, przez jej wyłyżeczkowanie. Od tego czasu wyskrobanie przerosłej błony śluzowej weszło w powszechne użycie i jest po dziś dzień środkiem najdzielniejszym w przypadkach wybitnego i uporczywego niezytu. Łyżeczkami nazywamy narzędzia kształtu malutkiej łyżeczki, o brzegach ostrych, a skrobaczkami takie same narzędzia, lecz próżne czyli bez dna (Fig. 72, 3 i 4) i półostre. Wyłyżeczkowanie czyli wyskrobanie błony śluzowej jamy macicy uważać należy za równie ważny akt operacyjny, jak każdą operację nożem wykonaną na macicy, a zatem przestrzegać należy wszystkich zasad postępowania bezgnilnego, i właściwych ostrożności w wykonaniu gdyż prócz zakażenia grozi jeszcze niebezpieczeństwo

<sup>1)</sup> *Beiträge zur Geb. u. Gyn. T. I.*

żeczka średniej szerokości (8 — 10 mm). z łatwością wsuniętą być mogła. W przypadkach, w których z łatwością wchodzi rurka do przepłukiwania jamy, można się obejść bez poprzedniego rozszerzenia szyi, używając węższej łyżeczki lub kiurety. U kobiet bardzo wrażliwych bywa niekiedy koniecznem uspienie, gdyż skrobanie jest aktem często bardzo bolesnym.

Łyżeczkę wsuwamy aż do dna macicy i lekko ją przyciskając, naprzód do przodkowej ściany, długiemi pociągnięciami z góry na dół, t. j. aż do ujścia wewnętrznego, zeszkrobujemy błonę śluzową, miejsce obok miejsca, bez obawy zeszkrobania zdrowej części, gdyż, jak wiadomo, sprawy zapalne bywają rozlane na całą powierzchnię. Dobrze jest od czasu do czasu wyjąć łyżeczkę, aby się przekonać o ilości i jakości odskrobanych części i łyżeczkę opłukać. Jeżeli macica leży prawidłowo, należy przodkową ścianę i kąty skrobać łyżeczką ku przodowi nagiętą (Fig. 72, 1 i 2), a tylną, łyżeczką prostą, w przypadkach zaś odgięcia macicy przeciwnie, jakkolwiek najlepiej poprzednio nadać macicy ułożenie prawidłowe. Wielkiej troskliwości wymaga wyszkrobanie małą łyżeczką okolic trąbkowych i dna macicy, gdzie się sprawy chorobowe z upodobaniem sadowia. Obawa działania na ślepo, zatem pozostawienia wielkich niezeszkrobanych części błony śluzowej jest płonna, gdyż, jak to udowodnił Düvelius<sup>1)</sup>, który wykonywał skrobanie na zwłokach, tylko brakowi dostatecznej dokładności można przypisać pozostawienie większych nietkniętych części. Ten sam autor, badając błonę śluzową macie doszczętnie wyciętych, w których na kilkanaście dni przed operacją wykonano skrobanie, nie tylko nie znalazł żadnej blizny, lecz widział na całej powierzchni istnienie zakończeń gruczołowych i szybkie odradzanie się błony śluzowej, co dowodzi, że zeszkrobanie w niczem jej całości nie narusza, przeciwnie, usuwając części chore, pozwala na wytworzenie z młodych komórek prawidłowej błony śluzowej. Że tak jest dowodzą liczne przypadki usunięcia niepłodności tak pierwotnej jak i nabytej i całkiem prawidłowych cięż, jakoteż zachowania się miesiączkowania, które zazwyczaj w następującem po wyszkrobaniu okresie nie pojawia się, w drugim okresie tylko wyjątkowo się nie pojawia, a w trzecim już stale się pojawia.

<sup>1)</sup> *Zur Kenntnis der Uterusschleimhaut. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. X str. 175.

Nie da się jednak zaprzeczyć, że nierzadkiemi są przypadki, w których odrodzona błona śluzowa znowu popada w bujanie, czyli następuje recydywa. Najczęściej wydarza się to w przypadkach *Endometritis hyperplastica v. fungosa* i dlatego na samem wyskrobaniu nie należy poprzestać, lecz przez dalsze leczenie starać się, aby odrodzona błona śluzowa była zdrową.

W przypadkach mniej wybitnego bujania należy zaraz po wyskrobaniu dobrze przepłukać jamę macicy 2% wodą karbolową i polecić chorej pozostanie w łóżku przez dni kilka, a począwszy od 3go dnia przepłukiwania macicy powtarzać codzien lub, u chorych więcej na nie tkliwych, co drugi dzień, przez dni kilkanaście, aby ile można chronić odradzającą się błonę śluzową od bodźców szkodliwych. Woda przy pierwszych płukaniach odpływająca bywa bardzo mętna i zawiera strzępy, gdy przy następnych odpływa zupełnie czysta.

W przypadkach gdy bujanie i towarzyszące krwotoki były znaczne lub gdy mamy do czynienia z recydywą, należy po wyskrobaniu, prócz przepłukiwań, używać wstrzykiwań rozcieńczonej wyskokiem lub gliceryną nalewki jodowej. Schröder polecał wykonywać je począwszy od 3go dnia po wyskrobaniu zapomocą większej strzykawki Braunowskiej, zawierającej 3 gr. płynu i powtarzać je co drugi dzień, a w ogóle wykonywał takich wstrzykiwań 2 — 12. Rozumie się samo przez się, że każde wstrzyknięcie należy poprzedzić wypłukaniem macicy, do czego Schröder używał rurek o wiele grubszych, niż inni, tak, że rozszerzenie szyi dokonywał samą rurką. W braku jej nie należy nigdy rozszerzenia zaniedbać. Dla uczynienia tych wstrzykiwań mniej bolesnemi, radził Schröder poprzedzić wstrzykiwanie nalewki jodowej wstrzyknięciem kilku kropli 5 — 10% roztworu kokainy w jamę macicy. Po wstrzykiwaniach powinny chore przez kilka godzin leżeć w łóżku.

Czy stosowanie prądu stałego wielkiej siły zapomocą anody wsuniętej w jamę macicy działa tak skutecznie na niezbyt błony śluzowej, jak to sobie obiecują bezwzględni zwolennicy metody Apostoliego, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze bezstronniejsze doświadczenia. Ta jednak okoliczność, że sonda działa tylko na miejsce, którego dotyka i tu tworzy strup, nie przemawia na korzyść tej metody, a z drugiej strony obumarcie utkania przylegającego do sondy, może być głębiej sięgającym, niż sobie tego życzymy. Działanie zaś międzybiegunowe prądu, czyli właściwie elektrolityczne, jest tylko teorią.

Wkońcu nadmienić wypada, że po uleczeniu nieżytu w opisany sposób należy leczyć niedokrewność i przypadki żołądkowe. Dlatego też z korzyścią może wówczas znaleźć zastosowanie użycie wód i kąpiele mineralnych. Wybitnego jednak nieżytu błony śluzowej żadne wody ani kąpiele nie wyleczą, a środki te mogą mieć wpływ bardzo korzystny tylko po uleczeniu go opisanymi sposobami. Uleczonym być może tylko ten stan pośredni niebędący zapaleniem, a objawiający się tylko zwiększoną prawidłową wydzieliną (*Hypersecretio*), któremu inne objawy zapalenia nie towarzyszą, a który najczęściej polega na zolzach. Takimto chorym śmiało polecić możemy solanki czyste lub jodowo bromowe, bez poprzedniego leczenia miejscowego.

**Przewłoczne zapalenie błony śluzowej szyi macicy, nieżyt szyi macicznej. Endometritis cervicis, Catarrhus cervicis v. colli uteri.**

**Przyczyny.** Z całego przewodu rodnego najczęściej podpada nieżytwi błona śluzowa szyi macicznej. Ukryte położenie błony śluzowej jamy macicy i wielowarstwowy przybłonek brukowy pochwy tak zabezpieczają te części przewodu płciowego, że nieżyt szyi bywa też najczęściej cierpieniem odosobnionem i jeżeli nie jest wywołany zakażeniem rzeżączkowym, pozostaje lata całe tylko jako taki, wywołując, co najwięcej, jemu tylko właściwe zmiany na części pochwowej. Delikatny przybłonek migawkowy, wysielaający przewód szyi macicznej, liczne fałdy i zaułki pomiędzy nimi, tworzące *arbor vitae*, w których bodźce chorobowe łatwo się sadowiają, łatwa dostępność dla bodźców, a wreszcie jako główna przyczyna porody i położni dostatecznie tłómaczą częstość nieżytu szyi macicznej. Bodźce mogą być bardzo różnorodne, j. t. nadużycia płciowe, samogwałt, zakażenie rzeżączkowe, krążki i tampony długo w pochwie leżące, częste rozszerzanie szyi środkami pęczniącymi, niewłaściwe przyżegania, nieczyste rurki używane do wstrzykiwań pochwowych, obniżenie lub wypadanie macicy, tak, że błona śluzowa wystawioną jest na działanie powietrza, pyłu i tarcia, a wkońcu wydzieliny drażniące, rozkładowe, odpływające z jamy macicy przez przewód szyi. Nieżyt powstaje także, gdy, z powodu zwężenia ujścia zewnętrznego, zatrzymana wydzielina jamy i szyi macicznej nie może swobodnie odpłynąć.

Najczęstszej przyczyny nieżytu szukać jednak należy w poro-dzie i położgu. Ogromne rozszerzenie jakiego doznaje szyja w czasie



przejścia główki, ucisk, uwięzienie wargi, pęknięcia liczne błony śluzowej, stałe naddarcia brzegu ujścia zewnętrznego lub przedarcia szyi aż do sklepień, a następnie działanie na te ranki odchodów poługowych, szczególnie rozłożonych, ropienie ranek, gojenie się ziarniną, utworzenie po przedarciach blizn upośledzających krążenie i dalsze skutki przedarcé, mianowicie rozchylenie się, a następnie wywinięcie się warg (*Ectropium*) stanowią liczne przyczyny, dla których o wiele częściej na niezżyt szyi cierpią kobiety, które rodziły. Szczególnie Emmet, a za nim Küstner i inni przypisują przedarcie szyi i wywinięciu się warg bardzo ważną rolę w powstaniu i trwaniu niezżytu błony śluzowej, gdy Schröder i Fritsch przeczą temu, jakoby koniecznym skutkiem wywinięcia miał być niezżyt, a tylko już istniejący występuje szczególnie wybitnie w tych przypadkach.

**Anatomia patologiczna.** Błona śluzowa w zwykłych przypadkach okazuje obrzmienie fałdów i skutkiem przekrwienia zabarwienie ciemno-pasowe. Obrzmiąca, powiększa ona znacznie swoją powierzchnię i, jeżeli ujście zewnętrzne jest dostatecznie szerokie, może się przez nie wypuklać na zewnątrz, jeżeli zaś jest wąskie, to powiększenie powierzchni w parze z zatrzymującą się zwiększoną wydzieliną sprawia rozcięcie szyi i kulisty kształt części pochwowej (str. 156. Fig. 50).

Po dłuższem trwaniu niezżytu występują stale zmiany poza granicami przewodu szyi, mianowicie na błonie śluzowej części pochwowej, które nazywamy nadżerką (*Erosio*). Podług ogólnie przyjętych pojęć, trwających aż do r. 1878 i bardzo dokładnych opisów Mayera, Scanzonego i Schrödera, przyczyną powstania tych zmian miała być utrata przybłonka, wywołana wysiękiem w warstwę śluzową i następnem starciem (*Abrasio*). W ten sposób około ujścia zewnętrznego, na jednej lub obu wargach, miało powstawać miejsce różniące się żywo-czerwonem zabarwieniem, wilgotnym połyskiem, jedностajną powierzchnią pokrytą śluzem i łatwo broczące przy obcieraniu wata, czyli nadżerka (*Erosio*), a dalsze zmiany dostrzegane na niej przypisywano bujaniu brodaweczek.

Cały opis tych zmian odpowiada zupełnie rzeczywistości, a nie odpowiada jej tylko zapatrywanie na ich powstanie, które też z gruntu obaliły prace Rugego i Veita<sup>1)</sup>, wykazujące, że to, co nazywa-

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1877 Nr. 2 i *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. 2 str. 415 i T. 8 str. 405.

my nadżerką, z istotą jej nie ma nic wspólnego, tak, że z dawnego zapatrywania na jej powstanie pozostała tylko sama nazwa, a tej używamy tylko w braku stosowniejszej. Badanie bowiem wykazuje, że na tych nadżerkach nie ma utraty przybłonka, lecz że przybłonek brukowy zastąpiony jest wysokim, uderzająco wązkim, jednowarstwowym przybłonkiem wałeczkowym, przez co powierzchnia nim pokryta uderza żywo-czerwonem zabarwieniem w porównaniu z otaczającą ją błoną śluzową części pochwowej, pokrytą przybłonkiem brukowym, wielowarstwowym i ten

stan odpowiada nadżerce zwykłej (*Erosio simplex*) (Fig. 73). Przybłonek ten posiada w znacznym stopniu własności twórcze, objawiające się licznymi wypustkami w głąb, z których

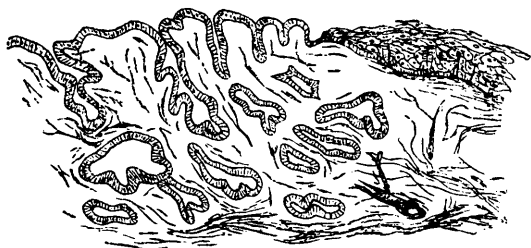


Fig. 73.

Nadżerka zwykła (*Erosio simplex*). Podług Rugego i Veita.

sprawa ta ma ten skutek, że powierzchnia poprzednio równa, przez regularnie obok siebie ułożone gruczoły zupełnie tej samej postaci co gruczoły błony śluzowej szyi, przybiera wej-

rzanie brodaweczkowe, które i pod mikroskopem ludozaco do niego jest podobnem (Fig. 74), przyczem nawiasem mówiąc nie jest wykluczonem i samoistne bujanie tkanki łącznej. Stąd też pochodzi i dawna nazwa, nadżerki brodawkowej lub ziarninowej (*Erosio papillaris*, *Ulcus papillare*, *Granulatio*), która jednak

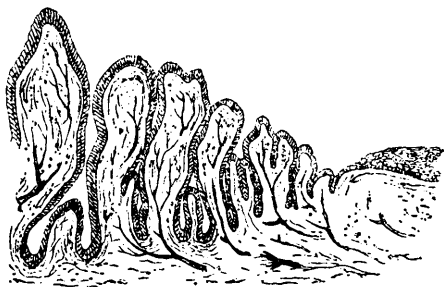


Fig. 74.

Nadżerka brodawkowa (*Erosio papillaris*).  
Podług Rugego i Veita.

nie powstaje skutkiem bujania brodaweczek, których tu brak, lecz skutkiem nowotwórstwa gruczołowego.

Jeżeli teraz przewód gruczołowy zostanie uciśniętym skutkiem nacisku zapalnego międzygruczołowego, nastąpi w nim nagromadzenie wydzieliny, przez co powstaną drobne torbiele (*Ovula Nabothi*), które od

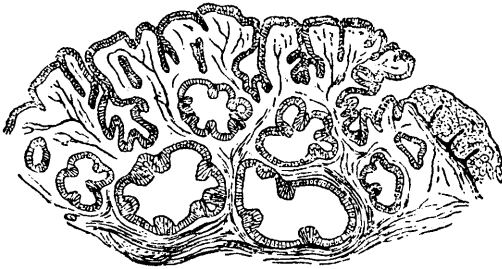


Fig. 75.

Nadżerka pęcherzykowa (*Erosio follicularis*). Po długim guście pęcherzyki, dające przy dotykaniu palcem uczucie powierzchni jakby ziarnkami posypanej, a pojedyncze pęcherzyki mogą znacznie wzrastać, powiększać się, i albo pękają tworząc w ten sposób owrzodzenia, albo też mogą się coraz więcej od otoczenia odosobniać, wreszcie uszypułkować i utworzyć uklej śluzowy (*Polypus mucosus*).

Podobna sprawa jak na części pochwowej odbywa się i na błonie śluzowej szyi, lecz przedstawia się odmiennie, stosownie do tego, czy ujście zewnętrzne jest rozwarne, szerokie lub też zwężone. U kobiet, które rodziły może rozstrzępione utkanie przewód szyi wypełniać, i wywinąć się na zewnątrz pomiędzy odchyłkami wargami, lub pokrywać bujnie ściany szyi wywinętej (*Ectropium*), tworząc powierzchnię wejrzenia brodawkowego, poprzedzielaną bruzdami w różnych kierunkach przebiegającymi (Fig. 77), a postępujące rozstrzępienie utkania przez głęboko aż w warstwę mięsną sięgające bujania gruczołowe, może sprawiać wrażenie zniszczenia złośliwego, szczególnie gdy w tej sprawie bierze udział i mięsz części pochwowej i to w postaci przerostu niejednostajnego, lecz tworzącego guzkowate zgrubienia, które mogą część pochwową zbezkształcić.

U kobiet, które nie rodziły wydarzają się najczęściej nadżerki zwykłe (*Erosio simplex*) bez tak wybitnego bujania w głąb, lecz w niedostępnej badaniu szyi starsza sprawa może te same cechy przybrać, co i u tych, które rodziły. Powiększona powierzchnia błony śluzowej z sterzącymi nad nią listewkami obrzniętymi fałdów,

wydziela bardzo znaczne ilości gęstego, szklistego, trudno odrywającego się śluzu.

Co do anatomicznej istoty nadżerki, badania Rugego i Veita pozostały nienaruszone, a tylko co do pochodzenia przybłonka wałeczkowego na części pochwowej, przez długi czas toczyły się spory. Ruge i Veit przyjmują dwa sposoby, a mianowicie: bujanie przybłonka wałeczkowego szyi i wyparcie zupełne przybłonka brukowego części pochwowej, lub oddzielenie się powierzchniowej warstwy przybłonka brukowego i powstanie wałeczkowego, z najgłębszej warstwy, jako z przybłonka zarodkowego. Obu tłumaczeniom uczynić można ten zarzut, że przybłonek wałeczkowy nadżerek różni się bardzo znaczną wysokością, wężkością i kształtem przypominającym wrzecionowate komórki od przybłonka szyi i że nadżerka, jakkolwiek najczęściej, lecz nie zawsze, poczyna się od samego brzegu ujścia macicznego, a następnie nie istnieje przypadek, aby pod wpływem bodźców chorobowych, na jakimkolwiek innym miejscu pochwy pojawił się przybłonek wałeczkowy i posiadał taką twórczość gruczolową. Fischel<sup>1)</sup>, największy przeciwnik zapatrywań Rugego i Veita, twierdzi, że nadżerki zawsze pochodzą z błony śluzowej szyi, lecz nie przez bujanie z niej przybłonka wałeczkowego i wyparcie brukowego, lecz przyjmuje, że tam, gdzie nadżerka powstać może, tam przybłonek brukowy pokrywa tylko powierzchownie „*die angeborenen Formationen der Cervixschleimhaut*“, a po oddzieleniu się tej warstwy ujawnia się na zewnątrz. Tłumaczenie to, nie jest tylko hypotetycznym, gdyż znany jest fakt, że u noworodków błona śluzowa szyi może pokrywać całą część pochwową, a różnica zapatrywań, jest tylko pozornie małą, gdyż Ruge i Veit muszą uważać nadżerkę jako sprawę nowotworową, podczas gdy Fischel uważa substrat do powstania jej za przedtem istniejący i wrodzony, a tylko sprawą zapalną uwidoczniony. Że zaś sprawę jako zapalną, nie jako nowotworową uważać należy, dowodzi istnienie nacieku zapalnego międzygruczolowego, a że z tego przybłonka powstają twory gruczolowe, nie jest faktem odosobnionym, gdyż pod wpływem bodźców zapalnych powstają nowe gruczoły i na błonie śluzowej jamy macicy.

W tem miejscu wypada nam jeszcze pomówić o głębszych przedarciach szyi i ich częstem następstwie, wywinięciu się warg macicznych (*Ectropium*), jako stojącym w związku z powstaniem i trwaniem niezytu i, jak wyżej wspomniano, znacznie zmieniającym obraz chorobowy. Przedarcia powstające po porodzie bywają jednostronne lub obustronne. Jednostronne znajdują się prawie stale po tej stronie, po której w położeniu czaszkowym płodu znajdował się tyłogłówek, a obustronne powstają najczęściej po operacji kleszczowej w razach ujścia niezupełnie rozwartego, lub w czasie wydobycia płodu w położeniach miednicowych, w tych samych warunkach, lub gdy ujście maciczne skurczowo obciśnie się naokoło szyjki płodu.

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XV. str. 79, 1879 i *Centralbt. f. Gyn.* 1880, No 18

Mogą one jednak powstać i w czasie porodu całkiem prawidłowego bez żadnych zabiegów operacyjnych. Naddarcia samych brzegów ujścia powstają stale po porodzie i tworzą później t. z. wręby. Co się zaś tyczy przedarć głębokich, sięgających często aż do uciepienia się sklepienia pochwowego, to w korzystnych warunkach, przy ścisłym przyleganiu przedartych powierzchni, mogą one w połoгу zostać uleczone przez rychłozrost. Zdarza się jednak o wiele częściej, iż nie zrastają się, a po długotrwałem ropieniu i bujnej ziarninie wytwarzają się bardzo rozległe blizny, przez co wargi po jednej lub po obu stronach zostają stale od siebie oddzielone, a dolna część szyi macicy pozbawiona działania mięśni okrężnych. Skutki przedarcia mogą

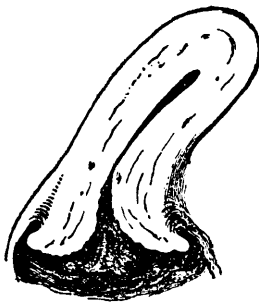


Fig. 76.

Znaczne wywinięcie warg,  
z towarzyszącym nieżytem  
błony śluzowej.

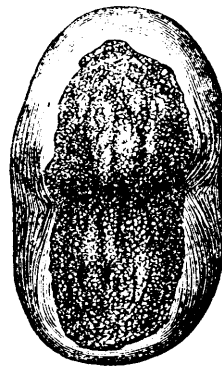


Fig. 77.

To samo we wzierniku  
widziane.

Podług Schrödera.

być te, że z biegiem czasu wargi odchylają się coraz więcej od siebie i nastąpić może zupełne wywinięcie się ich błoną śluzową na zewnątrz, tak, że cała jama macicy zostaje o wywiniętą część przewodu szyi skróconą, a wargi maciczne pozornie utworzone przez wywiniętą, obrzmiałą, znajdującą się w stanie nieżytu przewłocznego samą błonę śluzową szyi (Fig. 77). Na skutki przedarć części pochwowej, szczególnie jednostronnych, zwrócił uwagę głównie Emmet<sup>1)</sup> wykazując, że blizna utworzona wywija się na zewnątrz i nadaje

<sup>1)</sup> *Risse des Cervix als eine häufige und nicht erkannte Krankheitsursache* w tłumaczeniu niemieckim Vogla z przedmową Breisky'ego. Berlin, 1878.

macycy położenie ukośne, do czego przyczyniają się i równoczesne sprawy zapalne w *Parametrium*. Wywinięcie się warg staje się tem większem i wybitniejszym, im się macica więcej obniża, a jest zupełnem, szczególnie, gdy skutkiem opadu macycy (*Prolapsus*) przybwa ciągnięcie ze strony ścian pochwy.

**Objawy.** Najwybitniejszym objawem niezytu szyi, jest obfita wydzielina, pochodząca z przerosłej i w powierzchni powiększonej błony śluzowej. Ta zwiększona wydzielina bywa albo fizyologiczną zatem gęstą, lśniącą, przezroczystą, albo mętną z powodu przymieszki przybłonków lub ropy, lub prawie czysto ropną, gęstą lub rzadką. Obfitość jej i dłuższe trwanie wywiera wpływ wyniszczający na ustrój, tak, że często pojawiają się już rychło towarzyszące niezytowi objawy niedokrewności, nerwowości i zaburzeń w trawieniu.

Istnienie nadżerki, szczególnie brodawkowej (*Erosio papillaris*), zazwyczaj obfitującej w naczynia krwionośne, objawia się często nie tylko zwiększonym krwawieniem miesięcznem lecz i częstszem pojawianiem się okresu miesięczkowego.

Często chore uskarżają się na rozmaite dolegliwości w miednicy, j. t. bóle krzyżów, uczucie pieczenia i gorąca, które szczególnie dotkliwie pojawia się w przypadkach nadżerki pęcherzykowej (*E. follicularis*) skutkiem napięcia jakie pęcherzyki sprawiają w utkanu.

Wszystkie wymienione objawy, występują najwybitniej w przypadkach przedarć szyi macicznej i wywinięcia się warg, gdyż cierpieniu temu towarzyszy najwyższy stopień obrzmienia i przekrwienia niezyttem dotkniętej błony śluzowej, która w dodatku, skutkiem wywinięcia, więcej jest narażoną na drażnienie mechaniczne.

Niepłodność bywa bardzo częstem następstwem niezytu szyi, co wielokrotnie stwierdzić można faktem, że po uleczeniu niezytu, często w bardzo krótkim czasie nastaje zapłodnienie. O nagromadzeniu się wydzieliny niezytowej poza zwięzonym ujściem, jako przyczynie niepłodności, była już mowa (str. 156), a tu dodamy, że i w razach nawet szerokiego ujścia, obfita, gęsta wydzielina może w znacznym stopniu zapłodnieniu przeszkadzać.

Nieleczony niezyt szyi trwa ciągle, a samoistne uleczenie może nastąpić dopiero w okresie zwrotu płciowego przez zupełny zanik błony śluzowej, na co jednak liczyć nie można, gdyż wybitny niezyt z nadżerką wydarza się i w późniejszym wieku, lub dopiero w tym czasie może powstać.

Jak długo trwa w ogóle niezbyt szyi, trudno z pewnością oznaczyć i najczęściej u chorych, które rodziły, odnieść należy początek do daty ostatniego położu, jeżeli nie odbył się zbyt dawno. Po istnieniu lub nieistnieniu nadżerki i jej cechach, trwanie niezytu osądzić się nie daje. To tylko zdaje się być pewnem, że u niektórych kobiet istnieje wrodzona skłonność do rychłego powstania nadżerki w przypadkach niezytu szyi.

**Rozpoznanie.** Upławy, na które uskarżają się chore, zawsze naprowadzają na myśl o istnieniu najczęstszej przyczyny, jaką jest niezbyt błony śluzowej szyi.

Badanie dotykiem przez pochwę, często nie daje innych wyników, jak znaczną ślizgłość ścian pochwy, pochodzącą od zwiększonej wydzieliny i oglądanie wydobytej wydzieliny na palcu. Istnienia nadżerki, szczególnie brodawkowej, domyślać się możemy po czuciu aksamitowej jej powierzchni. Bardzo jednak ważnem jest badanie palcem, w celu wykrycia przedarcia szyi i wywinięcia się warg, któreto zбочzenia mogą zupełnie ująć uwadze w czasie badania wziernikiem, szczególnie rurkowym, gdyż to, co właściwie jest wywinęta błoną śluzową szyi, można łatwo pomieszać z nadżerką części pochwowej. Nadarcia i przedarcia albo całkiem nie są widoczne we wzierniku, lub przedstawiają się o wiele płytszemi niż są w rzeczywistości, tak, że rozległość ich i stopień wywinięcia warg, palcem najdokładniej można wybadać. Wywinięcie (*Ectropium*) rozpoznajemy obchodząc palcem sklepienie dokoła części pochwowej, przyczem z przodu i z tyłu wyczuć możemy wybitne rynienkowate zagłębienie, pochodzące z zupełnego odwinięcia wargi (Fig. 76).

W rozpoznaniu niezytu, rozstrzygającym jest jednak badanie wziernikiem. Po dokładnem oczyszczeniu ze śluzu, nadżerka zazwyczaj odznacza się bardzo wybitnie od swego otoczenia zabarwieniem żywo czerwonym, matowem, powierzchnią gładką lub ziarninową i istnieniem pęcherzyków. O odróżnieniu nadżerek, podobnych do zwyrodnienia złośliwego, będzie obszerniej mowa w rozdziale o raku macicy, a tu nawiasowo wspomnę, że istnienie licznych pęcherzyków (*Folliculi*) prawie wyklucza złośliwą przyrodę zmian znalezionych. Nadżerkę przeoczyć można przy pobieżnem badaniu w razach bardzo znacznego stopnia ogólnej niedokrewności, gdyż nadżerka może być tak bładą, że niewyraźnie tylko odznacza się powierzchnią niegładką, ziarninową, i w przypadkach nachylenia macicy (*Anteversio*), gdyż część pochwowa wstawia się wówczas samą przodkową ścianą w wzier-

nik, a nie ujściem. W świeższych przypadkach może nadżerka ograniczać się tylko do samego brzegu ujścia, lub może jej nie być, a wówczas o niezycie świadczą objawy powiększenia powierzchni błony śluzowej i bezpośrednie jej badanie. W przypadkach wąskiego ujścia, łatwo możemy się przekonać o rozszerzeniu szyi obrotami zagiętego końca zgłębnika macicznego, a gdy ujście jest dostatecznie szerokie, możemy przez odchylenie obu warg za pomocą kleszczyków lub haczyków dostatecznie obejrzeć przynajmniej dolną część błony śluzowej szyi. Uczynić to można także wsunawszy w szyję mały wzierniczek Simona, służący do rozszerzenia cewki moczowej. Sch r ö d e r poleca głębokie obustronne nacięcia części pochwowej w celach rozpoznawczych, poczem po odchyleniu obu warg, można wygodnie obejrzeć prawie cały przewód, a następnie, jeżeli zmian niezżytych nie znajdziemy, zeszyć nacięcia. Czy jednak obejrzanie błony śluzowej jest rzeczą tak ważną, aby podejmować w tym celu formalny zabieg operacyjny, nie mogę rozstrzygnąć, gdyż rzeczywistość tego potrzeba nigdy mi się w mojej praktyce nie wydarzyła.

**Rokowanie** jest w niezycie błony śluzowej szyi macicznej i nadżerkach zawsze dobrem, jeżeli się je stosownie i dokładnie leczy. Nieżyt pozostawiony bez leczenia nie tylko działa wyniszczająco na ustrój, lecz jest cierpieniem niebezpiecznym, a to ze względu na udowodnioną możebność bezpośredniego przejścia dobrotliwego bujania gruczołowego w bujanie złośliwe, rakowe.

**Leczenie** polega na zmniejszeniu przekrwienia błony śluzowej i na stosowaniu środków ściągających i żrących. Celem usunięcia przekrwienia, szczególnie w przypadkach nadżerki, najlepiej rozpocząć leczenie od miejscowego upustu krwi przez nakłucia samej nadżerki, czem nie tylko zmniejszamy chwilowo przekrwienie, ale wywołujemy i zanik naczyń przez przecięcia ich. Nakłucia mają jeszcze i ten cel, aby niemi pootwierać wszystkie widoczne pęcherzyki, których istnienie sprawia drażniące napięcie utkania.

Po kilkurazowych nakłuciach, wykonanych w odstępie 2 — 3 dni, przystępujemy do leczenia zapomocą przyżegania szyi macicznej i nadżerki. Zanim to uczynimy należy, w dostatecznie szerokim wzierniku rurkowym, jak najdokładniej oczyścić szyję macicy i nadżerkę z wydzieliny, gdyż silnie przylegający, gęsty śluz, przeszkadza działaniu użytych środków. Oczyszczenie najłatwiej się udaje zapomocą pęczka waty, zmaczanego w zgęszczonym roztworze sody, która śluz rozpuszcza. Jeżeli ujście jest wąskim, a szyja nad niem rozszerzona, to, pomimo



zweżenia, udaje się łatwo wsunąć dość gruby pęczek waty, ujęty w kleszczyki i starannie nim szyję oczyścić, usuwając masami odchodzący śluz.

Ze wszystkich środków używanych do leczenia nieżytu i nadżerki, najlepszym i najpowszechniej stosowanym jest ocet drzewny (*Acetum pyrolignosum crudum*), do którego Schrüder radzi dodać 3—4% kwasu karbolowego. Środek ten posiada większe niż każdy inny własności przenikania przybłonków, czyli „bajcowania ich“, tak, że używany codziennie jest w stanie w kilku tygodniach uleczyć nieżyt szyi i sprawić zupełne pokrycie nadżerki przybłonkiem brukowym. Ocet drzewny stosujemy w ten sposób, że wlewamy go we wzienik rurkowy, tak, aby pokrył całą nadżerkę, czyli kąpiemy w nim część pochwową, poczem wsuwamy wata obwinietą sondę Playfaira przez wlany płyn w szyję maciczną, tak, że działa równocześnie i na błonę śluzową szyi i pozostawiamy tak przez 5—10 minut. Po wylaniu octu drzewnego z wziennika cała nadżerka okazuje powłokę brudno szarawą, która w kilka do kilkunastu godzin całkiem znika, prawdopodobnie z powierzchniową warstwą przybłonka. Przez dłuższy czas takiego leczenia nie dostrzegamy żadnego innego skutku jak tylko zmniejszenie wydzieliny i czystsze wyglądanie nadżerki; najczęściej jednak po przerwie, jaką musimy zrobić w czasie regularności, dostrzegamy od brzegów nadżerki powstający jaśniejszy pasek do koła, który staje się coraz szerszym. Jest to przybłonek brukowy narastający od brzegów, który wreszcie pokrywa całą nadżerkę tak, że przewody gruczołowe zupełnie zanikają a tylko zakończenia ich pozostają w głębi jako torebki zamknięte, jak to wykazuje badanie mikroskopowe Hofmeiera. W zwykłych przypadkach i błona śluzowa szyi bywa równocześnie uleczoną.

Jeżeli obok nieżytu szyi istnieje i nieżyt jamy macicy, wówczas najlepiej leczyć go przepłukiwaniami jamy 2% kwasem karbolowym, które także doskonale działają na usunięcie wydzieliny z szyi i wpływają dobrze na uleczenie nieżytu miernego stopnia.

Prócz octu drzewnego jeszcze jako środka najlepszego używamy chlorku cynku w roztworze 50%, t. j. 50:50, którym raz na tydzień przyżegamy błonę śluzową szyi i nadżerkę, lub kombinujemy leczenie dwoma środkami tak, że miejsca uporczywsze nadżerki przyżegamy chlorkiem cynku. Dobrym także środkiem jest *Acidum nitr. dilutum*, lub *Acidum nitr. fumans*, jakkolwiek nie mogą przyznać mu tak szybkiego działania, jak Fritsch.

Prócz tych środków bywa używanym cały szereg innych, j. t. *Tra jodi*, *Liq. ferri sesquichlorati*, rozczyn azotanu srebrowego, *Acidum carbolicum liquefactum* i t. d. O lapisie, którym jeszcze dotychczas szafują, szczególnie nieginekologdy, to samo powtórzyć możemy, cośmy już powiedzieli, że działa powierzchownie, a sprawia bóle i w czasie odłączenia się strupa, krwawienia.

Kwas chromowy bardzo zalecany przez *Scanzonego*, tworzy gruby strup pomarańczowej barwy, a użyty na błonę śluzową szyi łatwo może sprawić groźne objawy zatrucia i zwężenie szyi. Również wyszedł z użycia *Liquor Bellosti* czyli *L. hydrargyri nitrici oxydulati*.

Przyżeganie nadżerki termokauterem *Pacquelina* zdaje się być teoretycznie środkiem najdzielniejszym, co się jednak w praktyce nie sprawdza, gdyż i jego działanie jest powierzchownem przez szybkie ochładzanie się, a oddzielanie się strupa trwa tak długo, że po kilkurazowym powtórzeniu leczenie wcale nie trwa krócej, a nieżyty szyi równocześnie nie leczy.

Rozumie się samo przez się, że w przypadkach towarzyszącego zapalenia przewłocznego macicy nie należy jego leczenia zaniedbywać i środki służące do tego celu kombinować z środkami używanymi przeciw nieżytkowi szyi.

Prócz wymienionych środków w powszechnem użyciu są wstrzykiwania, czyli wypłukiwania pochwy wodą letnią z dodaniem środków odrażających lub ściągających. Jakkolwiek wspierają one leczenie przez wypłukiwanie wydzieliny i usuwanie drażniących jej skutków, jak pieczenia i świądu, to nie można żadną miarą wstrzykiwaniom przypisywać skutków leczących nieżyt błony śluzowej szyi lub nadżerkę i dlatego przymieszki do nich, środków czy tych, czy owych, są, w leczeniu nieżytku szyi, obojętnymi.

W przypadkach szczególnej uporczywości w gojeniu się nadżerki wybitnie brodawkowej, czyli ziarninowej można z dobrym skutkiem zeszkobać ją powierzchownie kiuretą, a następnie przyżegać.

W przypadkach bardzo znacznych zmian nieżytkowych w samej błonie śluzowej szyi macicznej, j. t. znacznego bujania gruczołowego i przerostu, wymienione środki nie wystarczają i wówczas pozostaje nam usunięcie schorzałej błony śluzowej. Zeszkobanie łyżeczką, także najpierw polecane przez *Recamera*, z powodu właściwości anatomicznych błony śluzowej szyi nie jest na miejscu, gdyż łyżeczka skrobie tylko wystające nad powierzchnię obrzmiałe listewki marszczek (*Palmae plicatae*), a nie sięga w zaułki błony śluzowej i dlate-

go zeszkrobanie albo będzie niedostatecznym, albo też będzie okaleczeniem gojącym się zwiężającą blizną.

W tych przypadkach najlepiej postąpimy, jeżeli wytniemy wyciągającą błonę śluzową sposobem Schrödera, który wykonywamy w następujący sposób: zapomocą kleszczyków, któremi ujmujemy wargę przedkową i tylną, ściągamy macicę jak najniżej, o ile to się da w granicach fizyologicznych, poczem rozcinamy obustronnie część pochwową aż do sklepienia, i wargi jak najwięcej od siebie odchylamy. Następnie, jak można najwyżej, przecinamy naprzód na jednej wardze poprzecznie błonę śluzową (Fig. 78 a) aż w warstwę mięsną szyi, poczem najlepiej wbić głęboko wążki nożyk lancetowaty od brze-

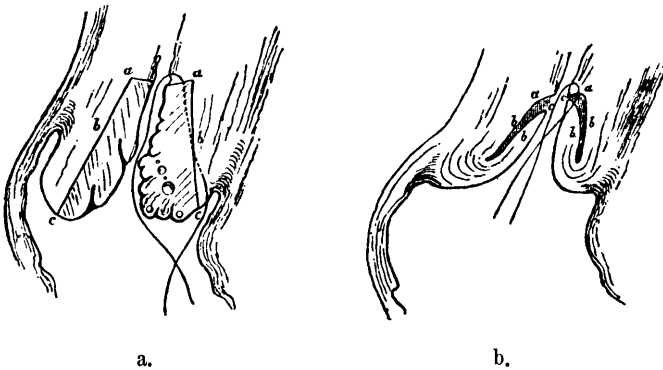


Fig. 78.

a. Wycięcie nieżytkowo przerosłej błony śluzowej sposobem Schrödera, b. po spojeniu brzegów.

gu wargi (c) aż do poprzecznego nacięcia i wyciąć nim całą błonę śluzową aż do brzegów szyi, zważając na to, aby odcięta warstwa nie była zbyt cienką, poczem brzeg dolny tak utworzonej rany zeszywamy z brzegiem górnym cięcia poprzecznego i podobnie postępujemy z drugą wargą, tak, że po skończeniu operacji część pochwowa będzie miała na przecięciu kształt jak w Fig. 78 b. W ten sposób część pochwowa zostaje skróconą o zawiniętą część warg, a błona śluzowa szyi zastąpioną błoną śluzową części pochwowej. Pozostałe brzegi nacięcia po obu stronach spajamy osobno szwami.

W razach częściowych naddarć szyi radzi Schröder przeciąć je głębiej, a następnie, w czasie odpreparowywania błony śluzowej, przedłużyć cięcia aż na zabliźnione części rozdarcia lub gdy istnieje

zupełne wywiniecie warg, kombinuje on wycięcie błony śluzowej z operacją wywinęcia (*Ectropium*) zwaną operacją Emmeta, czyli *Trachelorrhaphia*. Polega ona na odświeżeniu zabliznionych brzegów przedarcia i na spojeniu ich zapomocą szwów. W tym celu odświeżamy nożykiem brzegi, tak, jak w Fig. 79, przyczem najwięcej trudności sprawia odświeżenie górnego kąta przedarcia. W czasie odświeżania należy pamiętać o tem, aby ono od brzegu warg nie wypadło zbyt szeroko, gdyż wówczas ujście i przewód szyi byłyby zbyt wąskie.

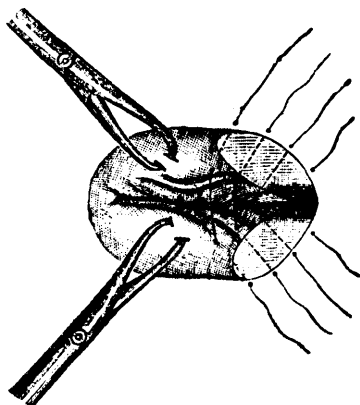


Fig. 79.

Operacja Emmeta.

Wychodząc z tej zasady że przedarcia i wywinęcia warg są przy czyną niezżytu, poleca Emmet operację opisaną jako wystarczającą do jego usunięcia. Doświadczenie jednak wykazało, że tak nie jest, i że pomimo spojenia przedarc, niezżyt trwa dalej. Dlatego też, jeżeli nie kombinujemy wycięcia błony śluzowej (sposobem Schrödera) z operacją Emmeta należy poprzednio niezżyt szyi dokładnie wyleczyć.

### Gruźlica macicy. Tuberculosis uteri.

Macica rzadko bywa siedzibą następowych zmian gruźliczych w przypadkach najczęstszej gruźlicy płuc, a pierwotnie tylko nader wyjątkowo pojawia się gruźlica w macicy, jako jedyne ognisko gruźlicze. Gruźlica następowa najczęściej dostaje się do macicy z otrzewny i z trąbek nią zajętych.

**Anatomia patologiczna.** Gruźlica macicy może wystąpić w 3 postaciach: 1. jako prosówka, będąca częściowym objawem ostrej ogólnej gruźlicy (*Tuberculosis miliaris*); 2. jako przewłoczna gruźlica mięszu macicy i 3. w postaci wrzodów gruźliczych błony śluzowej jako forma najczęstsza i jedynie nas interesująca, gdyż dwom pierwszym formom brak zupełnie obrazu klinicznego i nigdy nie mogą być przedmiotem leczenia.

Zmiany gruźlicze dotyczą prawie zawsze tylko błony śluzowej samej jamy macicy, a wyjątkowo tylko i szyi. Typowej formy tak zwanego gruzelka, jaki w najwybitniejszej postaci pojawia się na błonach surowicznych, tu najczęściej nie spotykamy, lecz naciek białawo żółty, twardy, drążący przez całą grubość błony śluzowej, tworzący już obumarłe utkanie, podpadające też rychło rozpadowi wypełniającemu masami serowatemi i ropą zagęszczoną całą jamę macicy, zazwyczaj w znacznym stopniu powiększonej. W tych masach prawie nigdy nie znajdujemy lasecznika gruźliczego, gdyż wtenczas kiedy nas objawy zmuszają do badania sprawa cała bywa już zazwyczaj dawną, a czasem tylko z głębszych warstw pochodzące utkanie wykaże istnienie cechujących komórek olbrzymich, zawierających laseczniki.

**Objawy i rozpoznanie.** Najczęściej bywają objawy tak pokryte objawami gruźlicy płuc i innych narządów, że wobec nich niespostrzeżenie mijają i dlatego można śmiało przypuszczać, że gruźlica macicy bywa o wiele częstszą niż sądzimy i rozpoznajemy. Objawy prawie stałe, jakimi są: brak regularności i odpływy mas serowatych i ropiastych z macicy, wybitnie powiększonej, pozwalają w przypadkach zmian gruźliczych w płucach i innych narządach, a mianowicie w razach zmian w trąbkach i jajnikach lub gruźliczego zapalenia otrzewny, prawie z pewnością domyślać się gruźliczych zmian błony śluzowej. Upewnienie zaś rozpoznania wyjątkowo tylko, jak już wspomniano, udaje się przez wykazanie lasecznika gruźliczego w wyskrobanych częściach i częściej z innych cech nacieku osiągnąć się daje.

**Leczenie.** Rzadziej niż o rozpoznaniu może być mowa o leczeniu. W bardzo wyjątkowych przypadkach, gdy pierwotne schorzenie macicy jest prawdopodobnem, lub gdy pierwotne zmiany w płucach są jeszcze nieznaczne, nasuwa się możebność uleczenia przez całkowite wycięcie macicy.

## Wrzód okrągły części pochwowej macicy i pochwy. *Ulcus corrodens v. phagedaenicum uteri.*

W roku 1821 opisał Clarke owrzodzenia części pochwowej i szyi macicznej o brzegach nieregularnych, podminowanych, nierównem zielonawo-czarno obłożonem dnie, które drążąc coraz więcej w głąb, wywołują zniszczenie części pochwowej i szyi macicy. Owrzodzeniom tym towarzyszą bardzo znaczne, a nawet śmiertelne krwotoki z nadżartych naczyń.

Jakkolwiek istnieniu tego wrzodu, jako odrębnej sprawy chorobowej, przeczyli szczególnie lekarze niemieccy, twierdząc, że zawsze w takich przypadkach chodzi o raka, szybko się rozpadającego, to jednak nowsze badania stwierdziły istnienie samoistnej tej choroby bez śladów raka (F ö r s t e r i K l e b s), jak to także chce udowodnić B r o w i c z<sup>1)</sup>. Na zwłokach kobiety 59 letniej, ze znacznymi miążdżycowymi zmianami tętnic, część pochwowa i szyja macicy okazywały 5 ognisk szarawego zabarwienia, odgraniczonych płytkim rowkiem od otoczenia. Nie były to jeszcze ubytki utkania, gdyż dno tych ognisk było w jednym położeniu z otoczeniem, lecz jak badanie drobnowidowe wykazało tkanka nekrotyczna, która nieznacznie przechodziła w utkanie żywe. Naczynia przedstawiały obraz „typowej obliteracji“. Zmian w najbliższym otoczeniu ognisk nie było żadnych.

W przypadku tym, mojem zdaniem, nasuwałyby się wątpliwości co do identity zmian podanych z opisem wrzodu Clarka i przypuszczenie czy ich nie należy wobec zmian w tętnicach pojmować jako starczej zgorzeli, która z opisaniem przez Clarka szerzeniem się wrzodu i postępującem zniszczeniem utkania nie ma nic wspólnego, lecz raczej uważaną być może jako sprawa ukończona.

## **Wady położenia macicy. Deviationes uteri.**

Zanim przystąpimy do opisanja zmian położenia macicy, musimy zdać sobie sprawę z prawidłowego jej położenia. Że nad tem pytaniem warto się zastanowić dowodzi najlepiej sprzeczność zdań, jaka w tej mierze długo panowała, czego przyczyny szukać należy w braku rozstrzygającej pomocy badania anatomicznego. Na zwłokach bowiem znajdujemy macicę najczęściej w takim położeniu, w jakim za życia się nie znajdowała, gdyż jako narząd ruchomy opada, z powodu ułożenia zwłok na wznak, ku wklęsłości kości krzyżowej lub opiera się dnem o wznórek kości krzyżowej, jeżeli jest powiększoną przewłocznem zapaleniem, nowotworami, stanem połogowym i t. p. Z tej też przyczyny i przecięcia dokonane na zwłokach zamrożonych nie przyczyniły się do wyjaśnienia sprawy.

Pozostaje zatem tylko oznaczenie położenia macicy, zapomocą badania dokonanego na żywych. Gdy jednak tutaj rozstrzyga znowu wprawa w badaniu, która się składa z wydoskonalonego w tym kierunku czucia i oryentowania się w topografii części badanych, a szczególnie narządu, który będąc ruchomym, już samą czynnością badania zmienić może położenie, to nie można się dziwić, że wyniki badania znacznie się od siebie różniły.

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski 1887 Nr. 2.

Gdybyśmy też z góry przyjęli jedno tylko położenie macicy jako prawidłowe, nie wyszlibyśmy nigdy z koła przeciwieństw. Czyż to jednak możebne przypuszczać o narządzie, którego fizyologicznym warunkiem jest ruchomość? Możemy zatem mówić jedynie jakim będzie prawidłowe położenie macicy w pewnych warunkach, lecz nie o jednym położeniu, gdyż stałość pozostawiania macicy w jednym i tem samym położeniu, chociażbyśmy je jako takie za prawidłowe uznali, stanowiłaby właśnie cechą patologiczną.

Takie przedstawienie stosunków jakimi są w rzeczywistości, zawdzięczamy głównie pracom B. Schultzego<sup>1)</sup>, który podał sposób prawie matematycznej kontroli badania, tak, że wyniki jego są dzisiaj podstawą do odmiennego zapatrywania się na patologiczne zmiany położenia macicy, a badania bezpośrednio dokonane w czasie laparotomii zapatrywania te w zupełności potwierdziły.

Schultze wykazał, że u kobiet, które nie rodziły, badanych w postawie stojącej, w razach zupełnie wypróżnionego pęcherza moczowego i odbytnicy, ciało macicy całą swoją długością spoczywa na sklepieniu przedkolem i tworzy z szyją kąt zbliżony do prostego

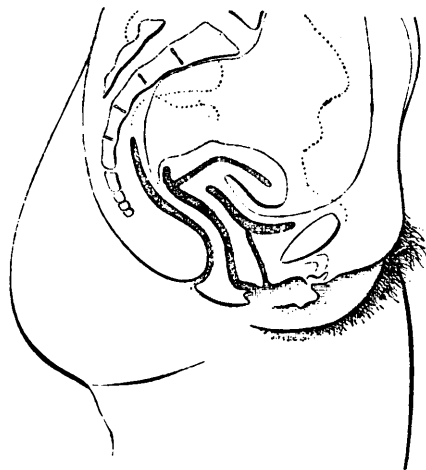


Fig. 80.

Macica w prawidłowem nagięciu.  
Podług Schultzego.

(Fig. 80), czyli, że położenie, które dawniej często uważano za nieprawidłowe i oznaczano nazwą nieprawidłowego nagięcia macicy (*Anteflexio*) i jako takie leczono, jest jej prawidłowem położeniem w warunkach wyżej podanych, czyli nagięciem fizyologicznem. Próżny pęcherz moczowy układa się wówczas miseczkowato pomiędzy macicą a sklepieniem tak płasko, że badając palcem czujemy prawie bezpośrednio ciało macicy przez ścianę pochwy.

U kobiet, które rodziły, badanych w warunkach wy-

<sup>1)</sup> *Centrabl. f. Gyn.* 1878 Nr. 11 i *Die Pathologie u. Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter.* Berlin 1881.

żej podanych, znajdujemy to samo ułożenie ciała, lecz cała macica jest więcej wyprostowaną i nie tworzy z szyją tak wybitnego kąta (Fig. 81) czyli leży w fizyologicznem nachyleniu.

Ze najczęściej badanie nie wykazuje takich krańcowych położeń fizyologicznych, jak wyżej opisane, przyczyną tego bywa rzadki stan zupełnego wypróżnienia pęcherza. Mierne jego wypełnienie nieznacznie tylko podnosi ciało macicy, które zagniata podatne jego ściany, tak, jak poduszkę wodną lekko wypełnioną, a dopiero znaczniejsze wypełnienie pęcherza sprawia naprostowanie się macicy, przyczem kąt jaki tworzy ciało z szyją prawie się wyrównywa, a macica w całości usuwa się ku tyłowi i ku górze (Fig. 82).

Znacznie mniejszy wpływ na zmianę położenia macicy wywiera stan wypełnienia odbytnicy, która zazwyczaj w części poniżej fałdów Douglasa położonej, bywa próżną. W razach zaś grubego słupa kału w tej części położonego, część pochwowa przysuwa się nieco ku przodowi. Wpływ zaś wypełnienia odbytnicy najwięcej uwidocznia się dopiero w czasie samego aktu wypróżnienia, co znów zależy głównie od działania tłoczni brzusznej i grubości przesuwającego się słupa kału. Silne parcie na stolec może tak znacznie obniżyć macicę w całości, że część pochwowa dosięga wejścia pochwowego, a zstępujący słup

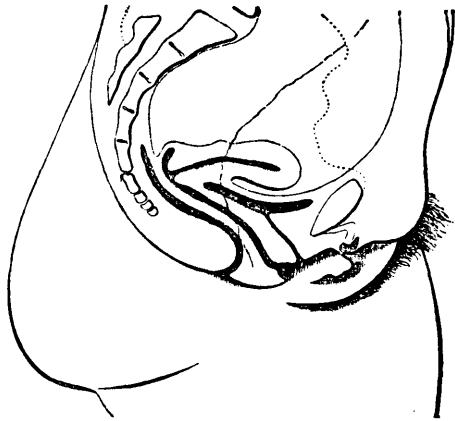


Fig. 81.

Macica w prawidłowem nachyleniu.

Podług Schultzego.

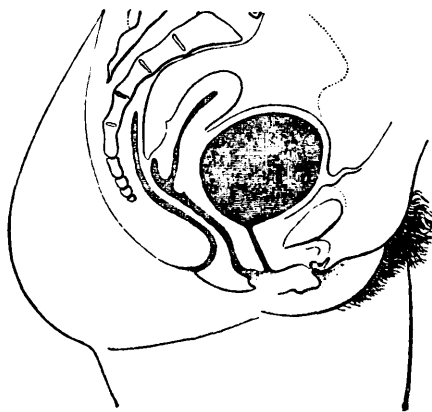


Fig. 82.



kału, usuwa ją ku przodowi. Czynność ta bywa też przyczyną częstego wypadania tamponów i krążków z pochwy w czasie wypróżnień.

Ruchomość macicy jest największą w kierunku prostopadłym, gdyż palcem można ją z łatwością podnieść na 4 — 5 cm. w górę, co się też dzieje przy każdym spółkowaniu, a na dół można część pochwową ściągnąć, nawet u kobiet, które jeszcze nie rodziły, aż do wejścia pochwowego. Również znaczną, choć mniejszą niż w kierunku prostopadłym, jest ruchomość macicy w prostym wymiarze miednicy, a najmniejszą w wymiarze poprzecznym.

Z tego się okazuje, że więzadła macicy mogą przeszkodzić jej ruchomości dopiero wówczas, gdy ona przekracza pewną fizjologiczną granicę ich podatności. Nie są to zatem więzadła w ścisłym znaczeniu, gdyż nie posiadają żadnego nieruchomego punktu uciepienia, a dopiero skutkiem spraw zapalnych, prowadzących do zgrubienia i skrócenia, mogą przybrać cechę rzeczywistych więzów, unieruchamiających macicę w pewnym kierunku, czyli inaczej mówiąc, stan nazwiemy patologicznym, gdy którekolwiek z więzadeł macicznych, stanie się więzadłem w ścisłym znaczeniu (F r i t s c h).

W utrzymaniu macicy w położeniach, które za prawidłowe uważamy, nie małą rolę odgrywają i narządy sąsiednie, mianowicie z góry pętle kiszek, które wypełniają wszystkie wolne miejsca małej miednicy (wyjąwszy przestwór pomiędzy macicą a pęcherzem moczowym nieistniejący w stanie prawidłowym z powodu ścisłego przylegania tych narządów do siebie) i spoczywają na tylnej czyli, w postawie stojącej, na górnej ścianie macicy, a z dołu pochwa, która jako narząd dość silnie w mięśnie zaopatrzony jest zdolną utrzymać część pochwową we właściwym od wejścia pochwowego oddaleniu, gdy przeciwnie rozciągną miednicowe (*Lascia pelvis*), któremu przypisywano dawniej większe znaczenie, nigdzie nie dotyka macicy i może mieć tylko wpływ pośredni, dodając tęgości częściom poniżej umieszczonym, co w pewnym stopniu odnosi się do spojenia kości łonowych.

Co do więzadeł macicznych to jedne są mięsnym przedłużeniem samego utkania macicznego, mianowicie więzadła okrągłe (*Ligg. rotunda*), inne zdwojeniami otrzewny. Pierwsze, przebiegające łukowato od rogów macicznych ku kanałom pachwinowym, mogą dopiero wówczas czynnie wystąpić, przybliżając dno macicy do przodkowej ściany miednicy lub brzucha, gdy doznają pewnego naprężenia, j. t. przy bardzo znacznym wypełnieniu pęcherza lub powiększeniu się macicy nowotworami, krwistkiem lub ciążą, drugie, t. j. zdwojenia otrzewny, są tak podatne, że tylko nadmiernym ruchom mogą stawić przeszkodę, a jest ich dwie pary, mianowicie więzy szerokie, *Ligg. lata vel ligg. suspensoria uteri lateralia* i fałdy Douglasa, *Ligg. utero-sacralia v. ligg. suspensoria uteri postica*.

Więzy szerokie od pewnej granicy przeszkadzają zboczeniom macicy na boki, a skrócenie jednostronne sprawia stale boczne ułożenie macicy, fałdom zaś

Douglasa przypisuje B. S c h u l t z e czynność bardzo ważną utrzymania dolnej części macicy w tylnym odcinku miednicy małej. Poczynają się one bowiem na tylnej ścianie macicy w okolicy ujścia wewnętrznego połączone w fałd półksiężycowy, niekiedy na 1 cm. wysoki, skąd łukowato zdążają ku tyłowi i znów się łączą przed odbytnicą i tu tworzą niekiedy znów łuk wklęsły ku przodowi z brzegiem ostrym, tak, że często wejście do zatoki Douglasa tworzy prawie okrągły otwór. Wiadomo, że w tych fałdach wykrył L u s c h k a wybitnie nagromadzone włókna mięsne, którym dał nazwę *musculi retractores uteri*. Przybyłyby zatem jeszcze jeden ważny czynnik nadający większe znaczenie tym więzom, których działanie byłoby wprost przeciwne działaniu więzów okrągłych, bo gdy te pociągają dno macicy naprostowanej ku przodowi, to tamte pociągałyby szyję maciczną ku kości krzyżowej. Czy można jednak tym mięśniom przypisywać takie działanie czy też po prostu należy uważać je za liczniejsze w tem miejscu nagromadzenie pęczków mięsnych, rozsianych pod całą otrzewną miednicową, jest pytaniem niezupełnie rozstrzygniętem.

Drugim fizyologicznym warunkiem prócz ruchomości całej macicy jest ruchome połączenie ciała z szyją czyli giętkość macicy (*Flexibilitas*) tego rodzaju, że kąt zagięcia, w korzystnych do badania warunkach, możemy uczynić mniejszym lub większym również w pewnych granicach. Dlatego też nazwiemy stanem chorobowym tak znaczną giętkość macicy, że dno dowolnie da się przerzucić ku tyłowi lub ku przodowi (*Uterus labilis*), jakoteż i zmniejszenie giętkości aż do zupełnej sztywności, tak, że macica pozostaje albo stale nagiętą (*winckelsteif*) albo stale wyprostowaną.

Poznawszy zatem macicę jako narząd ruchomy i giętki możemy określić prawidłowe jej położenie w sposób następujący: prawidłowym nazwiemy położenie macicy, jeżeli jest prawidłowo ruchomą i giętką, a część jej pochwowa znajduje się na wysokości linii łączącej kolce kości siedzeniowych, gdy dno spoczywa na przodkowym sklepieniu lub znajduje się w przodkowym odcinku miednicy, lub w jej osi, uwzględniając zawsze stan wypełnienia pęcherza moczowego.

### **Nieprawidłowe nachylenie macicy. Anteversio uteri.**

**Przyczyny i anatomia patologiczna.** W ustępie o prawidłowym położeniu macicy wspomnieliśmy, że u kobiet, które rodziły, macica częściej leży w fizyologicznym nachyleniu niż nagięciu, to znaczy, że kąt załamania pomiędzy ciałem a szyją macicy jest nieznacznym (Fig. 81). Aby zatem nachylenie macicy stało się patologicznym potrzeba nie tylko zupełnego wyrównania kąta zagięcia, ale i zupełnej utraty giętkości, przyczem macica w całości powiększona

i cięższa całą powierzchnią przylega do przedkowego sklepienia i obniża je więcej niż w stanie prawidłowym (Fig. 83). Odpowiednio

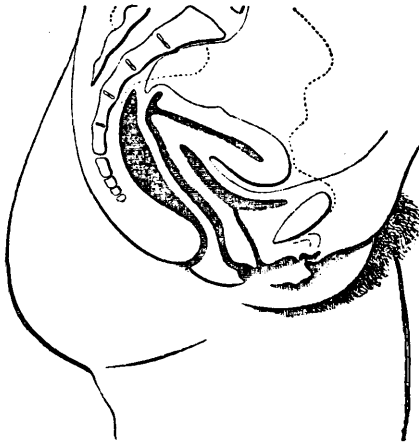


Fig. 83.

Nachylenie macicy ze skróceniem fałdów Douglasa. Podług Schultzego.

do tego, część pochwowa zwrócona ujściem prosto ku powierzchni kości krzyżowej znajduje się wyżej niż w stanie prawidłowym, a w bardzo wybitnych przypadkach wyżej niż poziom ciała macicy. Z opisu tego wynika, że patologiczne nachylenie macicy jest położeniem wywołanem sprawą zapalną jej mięszu (*Metritis chronica*), będącą przyczyną powiększenia jej w całości, zupełnego wyrównania kąta zagięcia i utraty giętkości. Jeżeli do tej sprawy zapalnej mięszu przybywa jeszcze sprawa zapalna fałdów Douglasa i następnie bliznowate ich skrócenie, to wówczas mamy do czynienia z nachyleniem nieruchomem, czyli ustalonym. To podniesienie części pochwowej i przyciśnienie jej do tylnego sklepienia może być tak znacznem, że w razach mało podatnych ścian pochwy, część pochwowa może, skutkiem ucisku wywieranego na nią, rozplaszczyc się, a warga przedkowa doznać wydłużenia. W przypadkach rzadszych, w których istnieje wiotkość i wydłużenie więzadeł, powiększona i sztywna macica może okazywać znaczną ruchomość, zmieniać łatwo położenie i z nachylenia popaść w odchylenie (*Retroversio*) i przeciwnie.

Przyczyn nachylenia patologicznego należy zatem szukać w zapalnych sprawach mięszu i otoczenia macicy, które dają się odnieść do przebytego porodu lub poronienia i niedostatecznego zwinięcia się połogowego lub do długotrwałego nieztytu błony śluzowej i towarzyszącego mu zajęcia mięszu macicy i jej otoczenia (*Parametritis posterior* Schultzego).

**Objawy** towarzyszące nieprawidłowemu nachyleniu, w bardzo przeważnej części, można odnieść nie do zmiany położenia macicy, lecz do zmian zapalnych jej mięszu lub otoczenia. Objawami tymi

są: niepłodność nabyta, bolesne i długie miesiączkowanie, bóle w krzyżach i podbrzuszu, uczucie ciężenia ku dołowi i niekiedy bolesność w czasie oddawania stolca, pochodząca od spraw zapalnych więzadeł tylnych. Do objawów pochodzących z samego nachylenia, możemy zaliczyć jedynie parcie na mocz, czyli konieczność zbyt częstego oddawania moczu, pochodząca z utrudnionej rozszerzalności pęcherza skutkiem ucisku ze strony stale nachylonej i powiększonej macicy. Jest to objaw, na który chore najczęściej się skarżą, gdy z innymi objawami łatwiej się godzą i z większą znoszą je rezygnacyjną, sądząc że inaczej być nie może. Aby jednak to parcie na mocz można wyłącznie odnieść do nachylenia, potrzeba wykluczyć niezbyt pęcherza, który nie rzadko zбочeniu temu towarzyszy.

**Rozpoznanie.** Z opisanych powyżej zmian nie ulega rozpoznaniu żadnym trudnościom. Macicę znajdujemy powiększoną, przylegającą ciałem i dnem, szerszą powierzchnią niż w stanie prawidłowym, do przodkowego sklepienia, a ciało z częścią pochwową tworzące równą linię. Część pochwowa bywa niekiedy wysoko umieszczoną i trudną do osiągnięcia, niewstawiającą się środkowo w otwór wziernika, lecz tylko wargą przodkową, tak, że ujścia nie widać. Cierpieniu prawie zawsze towarzyszy niezbyt błony śluzowej macicy.

Ważną jest rzeczą wybadanie ruchomości macicy, które uskuteczniamy przez podnoszenie dna, z równoczesnem pociąganiem za część pochwową (ujawszy ją na około haczykowato palcem) ku przodowi. Przy tej sposobności wybadać można zachowanie się więzadeł tylnych i bolesność przy ich naprężaniu, jakoteż stan otoczenia macicy.

**Leczenie.** W przypadkach, w których nachylenie wywołuje opisane objawy, należy przedewszystkiem skierować leczenie przeciwko przewłócznemu zapaleniu macicy; a zaleca się to tem bardziej, jeżeli i w otoczeniu macicy znajdziemy ślady przebytego zapalenia. Zatem w przypadkach świeższych zalecić należy spokój, okłady wysychające, letnie kąpiele nasiadowe, uregulowanie wypróżnień, mięsienie, a w miarę potrzeby, szczególnie przed okresem miesiączkowym, miejscowe upusty krwi, tampony z gliceryną, a w razie gwałtowniejszych bólów, czopki z opium (0,25 — 0,30 na 10 czopków) słowem to, co zalecamy w przewłócznem zapaleniu.

W przypadkach, w których brak świeższych objawów zapalnych lub zaostrzenia dawnych, zaleca się spokój w czasie miesiączkowania, a poza tym okresem używanie miernego ruchu, zawsze jednak z tamponem zmoczonym w 2% roztworze glicerynowym kwasu borowego lub

2% jodku potasu, (który jednak często sprawia dotkliwe pieczenie), pomazywanie częste części pochwowej nalewką jodową, kąpiele solankowe i leczenie towarzyszącego nieżytu.

Takim wytrzymałem i systematycznym leczeniem w bardzo wielu przypadkach usuwa się objawy zapalne, a nawet dostrzedz można wyraźne zmniejszenie się macicy, w rzadkich zaś przypadkach powrócić może nawet giętkość, co należy uważać za objaw stanowczego uleczenia. W przypadkach uporczywych, ze znaczniejszym przerostem szyi, poleca się, celem zmniejszenia macicy, częściowe odjęcie części pochwowej.

Jeżeli mimo takiego leczenia objawy ucisku na pęcherz nie zostały usunięte, zaleca się założenie elastycznego krążka Mayera, tak, aby część pochwowa weszła w jego otwór, a tylna jego część grubością swoją przeszkadzała zbyt niemu usuwaniu się części pochwowej ku górze, co jednak nie zawsze się udaje, gdyż w przypadkach krótkiej części pochwowej krążek usuwa się ku przodowi i cały leży przed częścią pochwową. Ustalenie macicy zapomocą krążka, poleca się szczególnie w przypadkach znacznej jej ruchomości i dolegliwości, sprawionych zmiennością położenia narządu zapaleniem powiększonego.

W przypadkach ostatecznych wykonywali Sims i Simon, a później Meermann<sup>1)</sup> operację, polegającą na odświeżeniu i przyszyciu części pochwowej do przodkowej ściany pochwy.

Przypadki nachyleń, w których takie postępowanie może mieć jakiś trwały skutek, nie polegają na znacznem skróceniu tylnych więzów macicznych. Przed przystąpieniem do operacji radzi Meermann przekonać się, czy przez przyciągnięcie części pochwowej ku przodowi, zapomocą pętli przesyzywającej ją i ustalonej plastrzem na dolnej części brzucha, ustaną dolegliwości.

### **Nieprawidłowe nagięcie macicy. Anteflexio uteri.**

**Określenie choroby i przyczyny.** Dawniej, gdy nie znano dokładnie prawidłowego nagięcia macicy, o wiele częściej niż obecnie rozpoznawano nagięcie nieprawidłowe i bardzo wiele przypadków chorobowych do niego odnoszono. Obecnie zaś przy takim określeniu położenia prawidłowego, jakie podał Schultze (str. 236), granice nieprawidłowego nagięcia bardzo się zacieśniły i dały powód do licznych wątpliwości i przeciwieństw, które i piszącym o nagięciu dziś jeszcze nie łatwo przychodzi ominąć.

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XVIII.

Aby jakieś położenie macicy w ogóle uważać można za nieprawidłowe, musi ono koniecznie mieć cechę stałości. Jeżeli zatem przyjmiemy, że ciało macicy w stanie prawidłowym może być nawet pod prostym kątem nagięte ku szyi, to, gdy ten kąt robi się nawet jeszcze mniejszym od prostego, nie możemy jeszcze mówić o nagięciu nieprawidłowym, jeżeli ono wyrównywa się zupełnie pod wpływem wypełnienia pęcherza moczowego lub pod wpływem przekrwienia miesięcznego. Takie tylko zatem nagięcie nazwiemy nieprawidłowym, na które wymienione sprawy nie mają widocznego wpływu.

W jakichże przypadkach nagięcie macicy usuwa się z pod tego wpływu?

1. Jeżeli z powodu spraw zapalnych mięszu w okolicy ujścia wewnętrznego, macica utraci giętkość, a stale i niezmiennie zachowa stan nagięcia prawidłowego lub pod kątem ostrym, które się nie da wyrównać (*Winckelsteife Anteflexion*).

2. Jeżeli nagięcie ciała ku szyi pod bardzo ostrym kątem wytworzy się albo skutkiem znacznej wiotkości przodkowej ściany szyi, w okolicy ujścia wewnętrznego, lub gdy pod wpływem nagięcia część ściany przodkowej ulegnie zanikowi (*Virchow i Rokitański*), wówczas pęcherz moczowy nie sięga w ostry kąt nagięcia, gdyż jego połączenie z macicą odziera się i nawet przy największym wypełnieniu rozszerza się on ponad nagięciem ciałem macicy.

3. Jeżeli przez sprawy zapalne pozamaciczne (*Paracet Perimetritis posterior*) tylne więzadła maciczne tak się bliznowato skrócą, że okolicę ujścia wewnętrznego szyi przyciągną stale ku tyłowi i ku

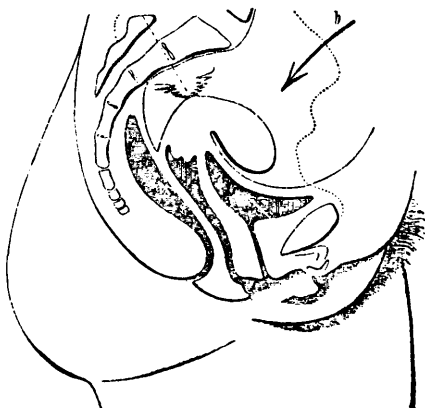


Fig. 84.

Nagięcie macicy. Według Schultzego.

górze, to tem samem wytworzyć muszą znaczne nagięcie i usunąć macicę z pod wpływu pęcherza moczowego. Sprawy te albo same przez się wytwarzają nagięcie nieprawidłowe, lub już istniejące w wysokim stopniu powiększają (Fig. 84).

4. Ostatnią formę stanowią nagięcia, które jedni nazywają wrodzonymi, a inni uważają za nabyte. Cechują się one tem, że wielkość i objętość szyi macicznej bierze znacznie górę nad ciałem macicy, które, albo w porównaniu z długością szyi jest za małym (Fig. 85), albo też jest niem bezwzględnie.

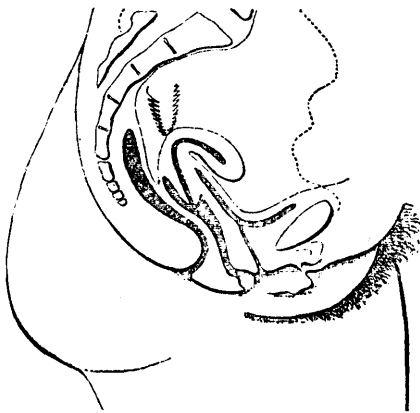


Fig. 85.

Nagięcie macicy z wydłużeniem szyi.

Podług Schultzego.

Jeżeli sobie przypomnimy, że macica dosięga zupełnego rozwoju dopiero znacznie później niż po pierwszych miesiączkowaniach, to powstrzymanie jej rozwoju z przyczyn ogólnych jak błędnicy, gruźlicy i niedokrewności lub miejscowo działających, nie możemy uważać za sprawę wrodzoną. Znaczny przerost części pochwowej, który w tych przypadkach dotyczy szczególnie części nadpochwowej, przypisać należy niezytowi błony śluzowej szyi, wydarzającemu się tak często u dziewcząt, a że tak jest rzeczywiście, udało się A. Martinowi klinicznie śledzić krok za krokiem. Przerosła część pochwowa, sięgająca teraz głęboko w wąską i niepodatną pochwę, jest nią poniekąd unieruchomiona, podczas gdy na krótsze ramię, t. j. na ciało macicy, które nie doszło jeszcze do stopnia zupełnego rozwoju, działa tłocznia brzuszna i nagina je więcej ku szyi. Ta okoliczność i małość ciała, przedstawiającego za małą powierzchnię dla pęcherza, jest przyczyną, że na wyrównanie nagięcia nie ma on żadnego wpływu.

U kobiet, które już rodziły lub ronily, wydarza się nagięcie z powodu spraw zapalnych, które tak często pojawiają się w położu lub w jakiś czas po nim.

Prócz tego należy wspomnieć o dość rzadkiej formie nagięcia nagle się wytwarzającego w stanie położowym, a które polega na zaklinowaniu się powiększonego ciała macicy pomiędzy spojeniem kości łonowych, a wklęsłością kości krzyżowej. Na możebność tego przypadku zwraca uwagę pojawienie się gwałtownego parcia na mocz i stolec i krwawienie.

**Objawy.** Głównymi objawami nieprawidłowego nagięcia bywają: bolesne miesiączkowanie i niepłodność, pierwotna lub nabyta z przyczyn wywołujących nagięcie.

Jakkolwiek bolesne miesiączkowanie (*Dysmenorrhoea*) stale towarzyszy nieprawidłowemu nagięciu, to tłumaczenie tego objawu nie jest tak prostym, jakby się pozornie zdawało. Gdzie ką nagięcia jest bardzo ostrym, niewyrównywanym się w czasie przekrwienia miesiączkowego, można przypuszczać, że odpływ krwi miesiączkowej doznaje utrudnienia, zatem przypuszczać przyczynę mechaniczną. Z góry jednak zastrzedz się musimy, że w samym nagięciu rzadko tylko leży przyczyna bolesnego miesiączkowania, czego najlepiej dowodzi doświadczenie zrobione przez *Schultzego*, który sondując, w czasie największych bólów macicę miesiączkującą, nie otrzymał ani jednej kropli krwi, jak również i ta okoliczność, że miesiączkowanie bywa najczęściej skapem, a jakoś bólów rzadko odpowiada obrazowi kolki macicznej, gdyż bóle bywają więcej ciągnące, umiejscowione w dolnej części brzucha i poprzedzają na kilka dni pojawienie się krwawienia, a najczęściej trwają i w czasie krwawienia. Przyczyn zatem bolesnego miesiączkowania żadną miarą nie można odnosić wyłącznie do nagięcia, lecz do spraw wikłających je, mianowicie: do niezytu błony śluzowej macicy i stanu zapalnego jej miąższu i otoczenia.

Jeżeli bowiem do tych istniejących stanów przybędzie jeszcze nawał miesięczny, to błona śluzowa znacznie obrzmiewa, ściany przeciwnie do siebie przylegają, a tem samem i uciśnięte nerwy miąższu macicy bywają przyczyną bólów, znacznie wyprzedzających miesiączkowanie.

Że często powtarzające się bolesne miesiączkowanie sprawia pogorszenie całej sprawy i przyczynia się do podrażnienia miąższu macicy i jej otoczenia, wspominaliśmy na str. 158, a tu podnieść musimy najgorszy wpływ, jaki na bolesne miesiączkowanie wywiera jeszcze przystąpienie spraw zapalnych otoczenia, mianowicie *parametritis postica*. Chore takie coraz częściej miesiączkują, tak, że okres międzymiesiączkowy trwa dni 14 lub krócej, a czas wolny od krwawień nie zawsze bywa wolnym od dolegliwości, do czego dołączają się i brak apetytu, zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, a wreszcie i objawy hysteryczne.

Przyczyny niepłodności również dopiero na ostatnim planie szukać będziemy w samym nagięciu, gdyż większego nierównie znaczenia bywają wymienione sprawy wikłające nagięcie i możebne



zapalenia okołojajnikowe, lub samego mięszu jajników lub zapalenia trąbek.

Z innych objawów należy jeszcze wspomnieć o bolesności w czasie oddawania stolca, pochodzącej od zapalenia tylnych więzów macicznych i o częstem parciu na mocz.

Nasilenie objawów niezawsze bywa jednakiem, tak, że w przypadkach wrodzonego nagięcia może objawów zupełnie nie być lub mogą być tylko nieznaczne, a występują najgwałtowniej w razach zapalnego skrócenia fałdów Douglasa.

**Rozpoznanie** nagięcia polega na wykazaniu przez badanie oburęczne znacznego kąta nagięcia i przyciągnięcia szyi macicznej ku górze i ku tyłowi, tak, że pochwa staje się dłuższą, a część pochwo-wa trudniej się daje osiągnąć. Pamiętać o tem należy, że kąt nagięcia można znacznie zmniejszyć samą czynnością oburęcznego badania. W warunkach dla badania korzystnych, można zabiegami prostującymi nagięcie, wy badać i stopień giętkości macicy. W formie nagięcia, połączonego ze znacznym przerostem szyi, kierunek jej równoległy do pochwy i dająca się w tylnem sklepieniu wy badać część nadpochwo-wa łatwo może naprowadzić na fałszywe rozpoznanie odchylenia macicy (*Retroversio*), tem bardziej, że w tych przypadkach ciało macicy bywa małym. Wówczas po boku szyi należy posuwać się palcem jak można najwyżej, a tą drogą uda się natrafić na ciało macicy małe i wiotkie, nagięte ku niej. Badanie zmian w fałdach Douglasa najwygodniej daje się uskutecznić przez odbytnicę.

Wkońcu nierzadko się wydarza, że ciało macicy znajdujemy w tylnem sklepieniu, a część pochwo-wą zupełnie ujściem ku górze zwróconą, tworzącą z ciałem stały kąt nagięcia. Wówczas mamy do czynienia z odchyleniem macicy nagiętej (*Retroversio uteri anteflecti*).

**Leczenie.** Leczenie zapobiegawcze odnosi się głównie do dwóch okresów życia kobiety, mianowicie: do okresu rozwoju płciowego i położu, jakoteż czasu popołożowego.

W okresie rozwoju płciowego wskazaniem jest leczenie dyetyczne, skierowane do podniesienia rozwoju i jędrności tkanek. W pierwszym zatem rzędzie czuwanie nad wystąpieniem pierwszych okresów miesiączkowych i unikanie nader częstych błędów dyetycznych w czasie miesiączkowania, mianowicie nadmiernego zmęczenia i przeziębień, gdyż błędy te bezpośrednio prowadzą do nadmiernej wydzieliny błony śluzowej przed i po miesiączkowaniu (*Hypersecretio*), następnie do nięzytu błony śluzowej i skutków jego, j. t. schorzeń utkania macicy i jej otoczenia.

Ważną rolę w tym okresie odgrywa blednica (*Chlorosis*), którą trzeba energicznie leczyć, a następnymi ćwiczeniami ciała rozwój ogólny pobudzać. W razie objawów zapalnych otoczenia, j. t. bólów przy chodzeniu w dolnej części brzucha i bólów towarzyszących oddawaniu stolca, zalecić należy spokój i użyć środków przeciw zapaleniu skierowanych.

W okresie połogowym najważniejszym zadaniem jest czuwanie nad zwinięciem się macicy, przez usuwanie przeszkadzających mu przyczyn, jakimi bywają zbyt wczesne wstanie, zatwardzenia, praca cięższa i spółkowanie, a następnie podniecanie skurczów macicy przez podawanie sporyszu, natryski ciepłe, drażnienie tamponadą z dodaniem środków ściągających (tannina z gliceryną) i t. d., jakoteż pilnem usuwaniem najłżejszych objawów zapalnych. Pamiętając o tem, że w przypadkach nagięcia nabytego przypady towarzyszące pochodzą od zmian komplikujących tę wadę położenia, należy je usuwać, przede wszystkim leczyć przewłoczne zapalenie i nieżył macicy. Jeżeli towarzyszy i stan zapalny otoczenia, to w leczeniu od tego głównie zacząć należy, zapominając narazie o nagięciu.

Tylko w razach czystego nagięcia najczęściej wrodzonego, a co najwięcej powikłanego z nieżytem, gdy kąt nagięcia jest ostrym, zaleca się mechaniczne wyrównanie. Jeżeli towarzyszy bardzo bolesne miesiączkowanie, zaleca się ostrożne sondowanie macicy, na kilka dni przed wystąpieniem krwawienia miesiączkowego, z pozostawieniem przez parę minut sondy i stopniowem używaniem sond grubszych. Takie wyrównanie kąta i umożliwienie odpływu wydzieliny nieżytowej często bardzo dobrze wpływa na przebieg regularności. Rozumie się samo przez się, że sondowanie powinno się wykonywać w domu chorych, stósownie zagiętą sondą z pozostawieniem chorych przez 2 — 3 godzin w łóżku. Zaniechać należy sondowania, gdy oddziaływanie macicy jest zbyt silnem.

Drugim środkiem do wyrównania nagięcia są powszechnie znane krążki pochwowe, t. j. wyłącznie od pochwy na macicę działające i pręciki śródmaciczne, które wsuwa się do samej macicy, a wreszcie skombinowane z jednych i drugich, t. j. pręcik maciczny osadzony na krążku pochwowym.

Co do działania krążków pochwowych na nagięcie, to można śmiało zgodzić się z Fritschem, że jeżeli są przez chore dobrze znoszone, to pozostają bez wpływu na nagięcie, a jeżeli mają rzeczywiście jaki taki wpływ na wyrównanie kąta, to nie bywają zno-

szone z powodu dolegliwości jakie sprawiają. Pomimo to jednak miałem w mojej praktyce przypadek, w którym krążek Hodgego, łukowato zgięty i założony wklęsłością ku górze, u osoby która nie rodziła, usunął bolesne miesiączkowanie, poczem w cztery miesiące wyjąłem go z powodu ciąży.

Co do pręcików śródmacicznych, które stale mają pozostać w macicy, to epoka stósowania ich już bezpowrotnie przeminęła i jakkolwiek zwolennicy ich mogą się wykazać nawet wieloma przypadkami, w których nastąpiło uleczenie przypadków, a nawet ciąży, pomimo pręcika w macicy będącego (Olshausen i Winckel), to mimo to złe, które niemi wyrządzano i wyrządzić można, przeważa na ich niekorzyść, a w przypadkach, w których żadne powikłanie nie sprzeciwia się ich użyciu, potrzeba, prócz najściślejszego postę-

powania bezgnilnego, wyrobionej zręczności w założeniu i wielkiej oględności w pozostawieniu ich w macicy. Pręciki śródmaciczne (Fig. 86) z wszelką pewnością wyrównywają nagięcie, lecz sprawiają nachylenie patologiczne przez zupełne wyprostowanie macicy, czemu dopiero można zapobiedz przez wsunięcie tamponu poza gałkę lub płytkę pręcika (Amanna), lub połączyć go z krążkiem pochwowym.

W przypadkach znacznego zwięzienia lub przerostu szyi macicznej pozostaje nam, w celu usunięcia bolesnego miesiączkowania, rozcięcie szyi macicznej lub odjęcie części pochwowej (*Amputatio port. vag.*).

W wielu przypadkach wreszcie nie obejdziemy się bez środków kojących bóle (*Opiata*), które najlepiej zastosować w czopkach lub lewatywie. Najlepszym pod tym względem, gdyż niewywołującym żadnych ubocznych skutków, jest opium 0,25—0,30 na 10 czopków.

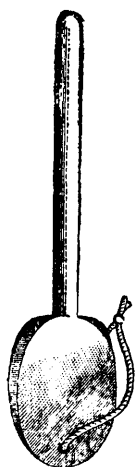


Fig. 86.  
Pręcik śródmaciczny  
Amanna.

### Odchylenie macicy. Retroversio uteri.

Odchyleniem nazywamy takie położenie macicy, w którym jej ciało znajduje się w tylnym odcinku miednicy we wklęsłości kości krzyżowej, a część pochwowa, nie tworząc z niem żadnego kąta,

zwrócona jest, w miarę stopnia odchylenia, albo ku dolnemu brzegowi, albo ku tylnej powierzchni spojenia łonowego (Fig. 87).

Wyprostowanie nie koniecznie polega tu na utracie giętkości macicy, jak w nieprawidłowym nachyleniu, lecz na utracie fizyologicznego nagięcia, przez ciężenie ciała ku tyłowi. Dlatego też, biorąc ściśle, każde odchylenie jest już odgięciem, a klinicznie, najczęściej położeniem przejściowem a rzadziej stałem, gdyż z czasem wytwarza się kąt w przeciwnym kierunku jak

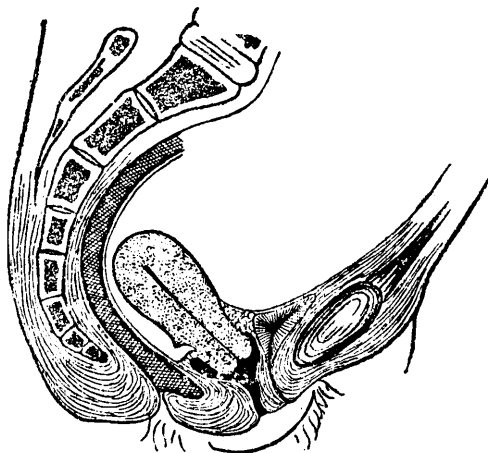


Fig. 87.

Odchylenie macicy (*Retroversio uteri*).

W położeniu prawidłowem (*Retroflexio*). Stałem pozostaje odchylenie, gdy macica utraciła prawidłową swą giętkość, tak, jak to bywa w nieprawidłowym nachyleniu, przez sprawy zapalne mięszsu, lub gdy ciało macicy jest małem. Odchylenie może też być i o tyle przejściowem, o ile chwilowo może je sprawić znaczne wypełnienie pęcherza moczowego, po którego opróżnieniu, wspólne działanie więzów okrągłych i tylnych nadaje macicy położenie prawidłowe.

**Przyczyny.** Najrzadziej powstaje odchylenie w sposób nagły z powodu upadnięcia na grzbiet lub poślądki, lub skutkiem gwałtownego zadziałania tłoczni brzusznej, do czego koniecznym jeszcze warunkiem jest znaczne wypełnienie pęcherza.

Odchylenie macicy znajdujemy nierównie częściej u kobiet, które rodziły i ronily; zatem w ciąży i położu szukamy najważniejszych przyczyn powstawania tego nieprawidłowego położenia. W stanie prawidłowym, przypisujemy prawie najważniejszą rolę utrzymania prawidłowego położenia więzom tylnym czyli fądom Douglasa, które przeszkadzają zbytelnemu przysunięciu się dolnego odcinka macicy ku przodowi, przez co wytworzyłyby się warunki, sprzyjające odchyleniu się ciała macicy ku tyłowi, szczególnie przy wspólnem działaniu wypełnionego moczem pęcherza i tłoczni brzusznej. Cięży i położowi zaś przypisujemy wpływ na takie zwiótczenie tych więzów,

że macica połogowa, szczególnie po 10-tym dniu połogu, nieprzytrzymywana w dolnym odcinku ku tyłowi, zajmuje położenie pośrednie, z którego przez stałe leżenie na wznak, a po wstaniu przez działanie tłoczni brzusznej i przesuwającego się słupa kału, wytwarza się stałe odchylenie. Doświadczenia O. Küstnera<sup>1)</sup> dowodzą, że każda prawie macica połogowa da się oburęcznie wstawić w odchyleniu, i że się to najłatwiej udaje w przypadkach, w których ono już przed ciążą istniało. Zważywszy z drugiej strony, że rzadko się wydarza, abyśmy przez badanie połogowej macicy stwierdzili inne położenie jak prawidłowe nachylenie, a o wiele częściej dopiero w dłuższy czas po połogu znajdujemy macicę odchyloną lub odgiętą, i że najczęściej brak nam danych do osądzenia, czy macica nie była odchyloną przed ciążą, to nie możemy powstania tego nieprawidłowego położenia przypisywać bezwzględnie tylko zwiotczeniu więzów w czasie ciąży i połogu.

Że o wiele rzadziej znajdujemy odchylenie u kobiet, które całkiem nie rodziły, jest bezwzględnie prawdziwym. Jeżeli jednak zważymy, że ilość ogólna chorych bezdzietnych jest mniejszą niż takich, które rodziły lub roniły, to częstość odchyień i odgięć u pierwszych znacznie się powiększy, szczególnie gdy jeszcze uwzględnimy, że o wiele rzadziej niż u tych, które rodziły, sprawia tu odchylenie i odgięcie macicy takie dolegliwości, aby chore szukały pomocy lekarskiej. I tu także przyczyną powstania odchylenia ma być zwiotczenie więzów tylnych, które Schultze przypisuje działaniu słupa kału wypełniającego odbytnicę u dziewcząt cierpiących często na nawykowe zaparcie stolca.

Inne przyczyny odchylenia, jako wspólne, omówimy w rozdziale o odgięciu macicy.

**Rozpoznanie** odchylenia polega na wybadaniu części pochwowej zwróconej ujściem mniej lub więcej ku przodowi, a często i ku górze po za spojenie kości łonowych, i przysuniętej ku przodkowej ścianie miednicy, a w dalszym ciągu w równej linii, bez zagięcia przechodzącej w ciało macicy, które często znajdujemy we wszystkich wymiarach powiększone i ułożone na tylnym sklepieniu w równym poziomie z częścią pochwową, lub wyżej albo niżej od niej.

Stopień odchylenia, który można oznaczyć, podając któremu kręgowi krzyżowemu odpowiada położenie dna macicy, ulega zmia-

<sup>1)</sup> *Zeitschrift. für Geb. u. Gyn.* T. XI. str. 273.

nom, zawisłym od postawy chorej. Dlatego też przy badaniu w pozycji stojącej można wyczuć większy odcinek ciała.

Prócz wybitnych przypadków odchylenia, w których dno macicy daje się wy badać na tylnem sklepieniu, wydarzają się dość często przypadki mniej wybitne, w których przy badaniu nie znajdujemy ciała macicy w przodkowym odcinku miednicy, a podnosząc palcem dość wysoko sklepienie tylne wy badamy tamże część nadpochwową szyi i dolny odcinek ciała. Są to położenia niezdecydowane, czyli wybitnie przejściowe, z których macica powraca w położenie prawidłowe, i to najczęściej po wypróżnieniu pęcherza moczowego, lub też położenie się pogarsza, aż do wytworzenia stałego odchylenia.

W razach odchylenia macicy zwykle przy badaniu uderza bliskość badanej części pochwowej. W wielu dziełach spotykamy się z tem zdaniem, że jest to pozorne, a nie rzeczywiste obniżenie macicy, pochodzące z przysunięcia części pochwowej ku spojeniu łonowemu. Na to odpowiedzieć muszę, że w największej części odchylenia macicy istnieje jej prawdziwe a nie pozorne obniżenie, i że w etyologii obniżenia i opadu macicy odchylenie odgrywa rolę bardzo ważną.

Objawów przewłocznego zapalenia części pochwowej, j. t. zgrubienia i zaczerwienienia, nadżerki i wydzieliny nieżytowej prawie nigdy nie brak.

Objawy i leczenie odchylenia opiszemy wspólnie w ustępie o odgięciu macicy.

### Odgięcie macicy. Retroflexio uteri.

**Anatomia patologiczna.** Przez odgięcie macicy rozumiemy ułożenie jej dna na sklepieniu tylnem, z utworzeniem kąta załamania na tylnej powierzchni, w miejscu odpowiadającym nagięciu, lecz w przeciwnym kierunku (Fig. 88 i 89). Pomimo utworzenia kąta pomiędzy ciałem a szyją, część pochwowa nie zachowuje prawidłowego położenia, lecz zbacza ku przodowi i dlatego tylko wyjątkowo kąt załamania bywa ostrym, tak, że odgięcie nazwiemy znacznego stopnia, gdy ciało z szyją tworzy kąt prosty.

Bywa też bardzo często tak nieznaczny kąt odgięcia lub łukowate tylko przejście szyi w ciało, że oznaczenie: czy odgięcie, czy odchylenie, jest niepewnem.

Dno odgiętej macicy w miarę trwania tego zбочenia, przybiera coraz niższe położenie, aż wkońcu opiera się o dno zatoki Douglasa i znacznie niżej bywa ułożonem niż część pochwowa, która w miarę

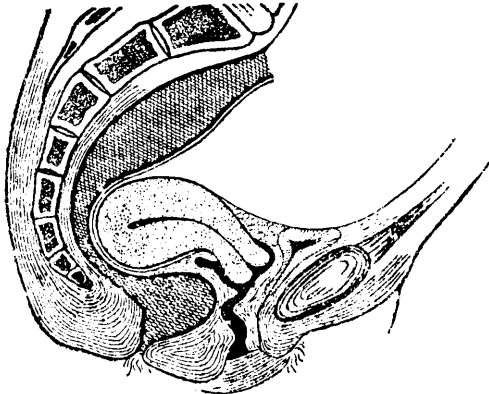


Fig. 88.

Odehylenie macicy na przejściu w odgięcie. Podług Fritscha.

W przypadkach bardzo zadawnionych dno macicy może wyłoczyć sobie taki dołek w zatoce Douglasa, że w nim spoczywa tak,

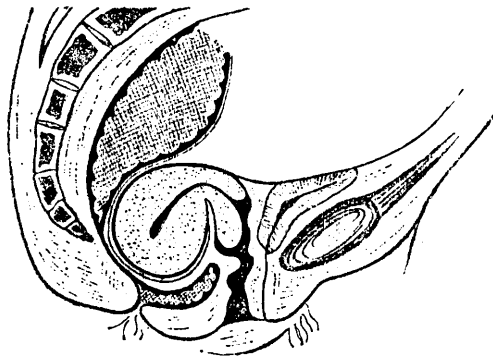


Fig. 89.

Odgięcie macicy znacznego stopnia. Podług Fritscha.

obecnie górną ścianę macicy, tak, że zatoka pęcherzowo maciczna nie istnieje.

Na zwłokach, na których znajdujemy dawne odgięcie macicy, niezadko też spotykamy się z znacznym rozszerzeniem moczowodów, pochodzącem od załamania ich.

obniżania się dna coraz więcej usuwa się ku górze poza spojenie kości łonowych (Fig. 89).

Stopień odgięcia zwiększa się przy każdorazowem użyciu tłoczni brzusznej i dlatego jest większym w postawie stojącej, jakoteż w czasie oddawania stolca, gdy słupek kału z trudnością przesuwa się przez odbytnicę, uciśniętą ciałem macicy.

jak główka stawowa w panewce, a tylna ściana szyi, odpowiadająca kąтови załamania, bywa tak zanikłą, że wykazuje zaledwo 3 mm. grubości.

Otrzewna oddzielona od przodkowej ściany macicy i tylnej ściany pęcherza o 1 — 1½ cm. wyżej przechodzi w poziomej linii z pęcherza na ścianę przodkową, a

Często także bywa odgięta macica całkiem unieruchomioną zlepiami powierzchni jej z otrzewną tylną ściany miednicy, zatoki Douglasa lub odbytnicy, lub licznymi pasmami (błonami wrzekomemi). Zlepy te albo bywają przyczyną odgięcia, albo też, co najczęściej, skutkiem stanów zapalnych przyłączających się do odgięcia.

**Przyczyny.** Nierównie rzadziej niż nagięcie może odgięcie być wrodzonym (w ścisłym tego słowa znaczeniu), jak tego dowodzą dwa przypadki odgięcia z bardzo znacznym ścieńczeniem ścian, znalezione na zwłokach noworodków<sup>1)</sup>.

Najczęstszą przyczyną jest zwiotczenie utkania macicznego i wydłużenie więzadeł tylnych, czyli fałdów Douglasa.

Przyczyną wiotkości ścian bywa niedostateczny rozwój macicy (t. zw. odgięcia wrodzone macicy dziecięcej), jakoteż przewłoczne sprawy nieżyłowe błony słuźowej, towarzyszące niedokrewności i blednicy.

Hildebrandt podnosi częstość odgięcia u dziewcząt, u których inne objawy przemawiają za samogwałtem, jakoteż u żon impotentów, co gdyby można udowodnić pochodziłoby od zwiotczenia, wywołanego częstym przekrwieniem czynnem. Jeżeli bowiem giętkość macicy znacznie jest zwiększoną, to, skutkiem znacznego wypełnienia pęcherza moczowego, może się dno od niego odchylić, tak, że kiszki dostają się w zatokę pęcherzowo maciczną i macica albo stale pozostanie w odgięciu, albo może powrócić w położenie prawidłowe, gdy n. p. w czasie miesiączkowania nastąpi pewnego stopnia naprężenie (*Erectio uteri*) wyrównywające kąt odgięcia.

Zwiotczenie i wydłużenie fałdów Douglasa jako przyczyna odgięcia powstaje najczęściej po porodzie, a mechanizm wytworzenia się zmiany położenia opisaliśmy w ustępie o odchyleniu macicy. Zapalenia poprzednie, po których więzadła tracą swą sprężystość, mogą o tyle być przyczyną następowego wydłużenia, że tak zmienione więzadło poddaje się łatwiej szkodliwym wpływom. Że w ogóle wydłużenie fałdów Douglasa bywa najczęstszą przyczyną odchylenia i odgięcia macicy, dowodzi krótko trwające odchylenie, które powstaje po ściągnięciu macicy ku dołowi, jak się to czyni w celu rozmaitych zabiegów operacyjnych.

Często powtarzające się nadmierne wypełnienie pęcherza moczowego, do czego bywają nierozsądnie wprawiane dziewczęta ze źle zrozumianych względów towarzyskich, wstawia macicę w położenie sprzyjające odgięciu.

<sup>1)</sup> Grenser. *Arch. f. Gyn.* T. X. str. 311. i C. Ruge. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. II. str. 24.



Sprawy zapalne otrzewny pokrywającej macicę i narządy sąsiednie, prowadzące do zlepień z nią dna macicy, takie, jakie najczęściej spostrzegamy po porodach, poronieniach, krwistekach pozamacicznych, rozległych wypocinach i t. p., mogą macicę ustalić w odgięciu.

Przodkowe zrasty szyi macicznej, które ją ku spojeniu kości łonowych przyciągają i tamże ustalają, sprawiają również opadnięcie dna ku tyłowi. Najczęściej czynią to blizny powstałe po zgorzelinowym ubycie przodkowej ściany pochwy. Dlatego też obok znacznych przetok pęcherzowo pochwowych, często znajdujemy odgięcie.

Nowotwory przodkowej ściany macicy, które wzrostem ku przodowi oddalają ją od spojenia łonowego, mogą także sprawić odgięcie.

Wkońcu wspomnieć należy, że E. Martin częstą przyczynę odgięcia upatrywał w niedostatecznym zwinięciu się miejsca łożyskowego, umieszczonego na przodkowej ścianie macicy, skąd ma pochodzić przewaga przodkowej ściany nad tylną i zanik tej ostatniej.

**Objawy** odgięcia bywają tak wybitne i stałe, że tylko wyjątkowo znajdujemy odgięcie, niewywołujące żadnych objawów.

Najważniejszymi są objawy, pochodzące z upośledzonego krążenia macicznego, zatem przekrwienie i krwotoki. Odgiętą macicę prawie zawsze znajdujemy powiększoną, miękką i często przy dotykaniu bolesną.

Pierwsza regularność po porodzie, jeżeli jest zbyt obfitą i długo trwającą, powinna już zwrócić uwagę na możebność odchylenia lub odgięcia macicy, którego najważniejszą cechą bywa obfite i często powtarzające się miesiączkowanie. Krwawienie z każdym prawie okresem miesiączkowym trwa coraz dłużej, tak, że wkońcu okres wolny od krwawień może się bardzo znacznie skracać, przez co chore dojsz mogą do znacznego stopnia niedokrewności.

Odgięcia powstałe nawet w późniejszym wieku, blisko okresu zwrotu płciowego (*Climacterium*), mogą być przyczyną przewlekania się obfitego miesiączkowania poza 50-ty rok życia, co razem z niedokrewnością i żółtą cerą twarzy może łatwo wzniecać podejrzenie raka.

Obfitem krwawieniem cechują się głównie odgięcia powstałe po porodzie, podczas gdy w odgięciach powstałych z innych przyczyn nie bywa ono tak wybitne.

Bóle w krzyżach bywają również stałym objawem odgięcia i głównie pochodzą od spraw zapalnych odgiętej macicy i jej otoczenia. Bóle te znacznie się zwiększają w czasie chodzenia, jeżdżenia, jako-

też często bardzo silnie w czasie oddawania stolca i to szczególnie wówczas, gdy tylne więzadła lub ich otoczenie są zapalnie naciekłe, lub też bóle te należy odnieść do ucisku, jakiego doznają jajniki koło lub poza macicą ułożone. Jeżeli bóle występują jako nerwobóle rozpromienione ku udom, przypuszczać należy raczej ucisk wypociny zapalnej na nerwy w samej miednicy, niż ucisk, pochodzący bezpośrednio od dna macicy.

Macica odgięta bardzo często bywa bolesną, gdy ją uciskamy od pochwy lub wykonywamy próbę podniesienia dna.

Często doznają chore po zupełnem wypróżnieniu odbytnicy parcia i uczucia, jakby jeszcze coś wyjść miało, co pochodzi od ucisku i drażnienia dolnej części odbytnicy przez dno macicy powiększonej, a objaw ten bywa najwybitniejszym w razach uporczywych zatwardzeń.

Bolesne miesiączkowanie (*Dysmenorrhoea*), jeżeli się wydarza w przypadkach odgięcia macicy, to odnosimy je raczej do zmian towarzyszących, a bez nich wydarza się jeszcze najczęściej u kobiet, które nie rodziły. Również i niepłodność u tych ostatnich bywa częstszą z powodu odgięcia, podczas gdy u kobiet, które rodziły, zastąpienie w odgiętej macicy nie zdaje się być utrudnieniem.

O l s h a u s e n podaje jako objaw prawie stale towarzyszący odgięciu ciągły ból głowy, który chore określają jako uczucie gniewienia, i przypisuje mu taką stałość, że w razie istnienia tego objawu zaleca zawsze podejrzewać odgięcie. Z własnego doświadczenia nie mógłbym temu objawowi ani takiej stałości przypisać, ani dopatrzyć się tak wybitnego związku przyczynowego.

Objawów odruchowych, przypisywanych odgięciu macicy tak jest wiele, że nawet nie będę próbował wyliczać ich i ze wszystkich podniosę niektóre, których związek zupełnie udowodniono. Porażenie odnóg dolnych przypisuje S c h r ö d e r albo uciskowi obrzmiałej macicy na nerwy (jakkolwiek *Plexus sacralis* tak wysoko odchodzi, że mechanizm tego ucisku jest niejasny), lub zapaleniu nerwu, które wywołuje *Myelitis*, lub odruchowi. Stosownie też do przyczyny objaw ten albo po odprowadzeniu macicy znika, albo nie. Pławsicę, zależną od odgięcia macicy, także podaje S c h r ö d e r, a C h r o b a k przypadek bardzo znacznej duszności, ustępującej zawsze po odprowadzeniu macicy. Ja miałem przypadek wymiotów, które przez dwa miesiące codziennie się pojawiały i nie dały się uleczyć środkami przeciw chorobie żołądka stosowanymi, a nazajutrz po odprowadzeniu

odgiętej macicy zupełnie ustały i więcej nie powróciły, Sielski<sup>1)</sup> podaje uleczenie zupełne 7 lat trwających napadów histero-epileptycznych, a Fritsch<sup>2)</sup> powrót ich, gdy odgięcie powracało i zupełne uleczenie dopiero po operacyjnem ustaleniu położenia, Panecki<sup>3)</sup> zaś, który wziął sobie za zadanie zbadanie stósunku objawów żółdkowych do odgięcia macicy, przychodzi do przekonania, że one nie tak często są nerwicami odruchowemi, jak to ginekolodzy przypuszczają.

**Rozpoznanie** odgięcia nie nastręcza najczęściej żadnych trudności, chyba gdy macica tak jest otoczona wypociną, że kształtów jej wybadać nie można, lecz natenczas na stwierdzeniu odgięcia nie nie zależy.

U kobiet, które rodziły, znajdujemy pochwę szeroką i skróconą przez niższe położenie macicy. Część pochwowa zwrócona ujściem ku przodowi lub ku górze zaraz, nasuwa myśl o istnieniu tego zбочzenia, które też stwierdzamy, znajdując odgięte ciało macicy na sklepieniu tylnem, a pomiędzy szyją i ciałem mniej lub więcej wybitny kąt odgięcia. Ostry kąt odgięcia świadczy o znacznej wiotkości połączenia szyi z ciałem, lub wydarza się skutkiem znacznego obrzmienia ciała lub powiększenia przez obrzęk nowotworowy lub ciążę.

Rzadko wydarzające się włóknaki podotrzewnowe, szeroką szypułką od szyi odchodzące, mogą łudząco naśladować odgięte ku tyłowi ciało macicy, a wówczas przez oburęczne badanie wykazujemy istnienie ciała macicy w przodkowym odcinku miednicy. Jeżeli warunki do oburęcznego badania są niekorzystne, to o położeniu macicy rozstrzyga zgłębnik maciczny.

U kobiet, które nie rodziły, macica odgięta zachowuje położenie nierównie wyższe, niż u tych, które rodziły, kąt odgięcia nie bywa tak wyraźny, a mniej podatne ściany pochwy sprawiać mogą, że przodkowa warga maciczna bezpośrednio przechodzi w sklepienie przodkowe. Pochodzi to od naciągania przodkowej ściany pochwy przez część pochwową ku górze skierowaną i oddzielenia się jej od przodkowej ściany szyi.

Obok stwierdzenia odgięcia wielkiej wagi jest zbadanie otoczenia macicy i wykluczenie świeżych spraw zapalnych, których istnie-

---

<sup>1)</sup> Wiadomości Lekarskie. 1887. — <sup>2)</sup> l. c. str. 128. — <sup>3)</sup> Nowiny Lekarskie. 1891. str. 293.

nie stanowi przeciwwskazanie do zabiegów, skierowanych ku leczeniu samej zmiany położenia. Dotkliwość samego ciała macicy, której w miernym stopniu prawie nigdy nie brak u kobiet, które rodziły, nie wchodzi tu w rachubę, lecz znaczna dotkliwość otoczenia lub namacalne nacieki zapalne, które przedewszystkiem wymagają uleczenia.

Następnie należy badać ruchomość odgiętej macicy; lecz gdy to badanie jest jedynie możebne przez próby odprowadzenia, czyli schodzi się z leczeniem, zatem omówimy je w odpowiednim ustępie.

Badania przez odbytnicę nie należy zaniedbywać, szczególnie w przypadkach wątpliwych i w razach niepodatnych ścian pochwy, gdyż tą drogą można dno macicy i części sąsiednie dokładniej i w większej powierzchni obmacać, aniżeli przez pochwę.

**Leczenie** zapobiegawcze polega na usuwaniu przyczyn, wywołujących odchylenie (*Retroversio*), co się głównie odnosi do okresu połogowego i popołogowego. Położnice zatem, począwszy od 5-tego dnia połogu, nie powinny stale leżeć na wznak, lecz zmieniać położenie, a następnie powinno się czuwać nad dokładnem zwinięciem się macicy, zalecać karmienie dziecka, chronić od wczesnego wstania, wysiłków fizycznych, uregulować wypróżnienia i kontrolować położenie macicy.

Chorym, które już przed ciążą cierpiały na odgięcie macicy, należy polecić od 5-tego dnia połogu stałe leżenie na boku, a nawet w położeniu boczno-brzusznem. Jakkolwiek bowiem macica poprzednio odgięta najczęściej w połogu powraca znowu w odgięcie, to jednak znane mi są przypadki stałego uleczenia odgięcia przez wytrwałe leżenie chorych na boku.

Leczenie wytworzonego już zadawnionego odchylenia lub odgięcia polega na odprowadzeniu macicy w położenie prawidłowego nachylenia lub nagięcia (*Repositio, Redrondissement*) i na ustaleniu jej w tem położeniu. Niepotrzebnem jest leczenie odgięcia tylko u kobiet po przebytych okresie zwrotu płciowego, gdyż wówczas nie sprawia ono żadnych dolegliwości.

Odprowadzenie odchyłonej lub odgiętej macicy powinno się z zasady wykonywać ręcznie. Udaje się to najłatwiej w przypadkach odchylenia, gdy macica utraciła giętkość, (jak to najczęściej bywa) i jest powiększoną. W takich razach do podniesienia dna z nad sklepienia tylnego, wystarcza często ucisk wywołany dwoma palcami ułożonymi powierzchnią dłoniową na przodko-

wej ścianie szyi, w kierunku ku dołowi i tyłowi, przyczem albo dno samo opadnie na sklepienie przodkowe, lub podniesione sprowadzamy ku przodowi palcami drugiej ręki, wciśniętymi poza nie od powłok brzusznych.

Jeżeli mamy do czynienia z odgięciem, to, po opróżnieniu pęcherza moczowego, wsuwamy jeden albo dwa palce wysoko w tylne sklepienie, podnosimy nimi ciało macicy w górę i ku przodowi, dopóki druga ręka położona w okolicy pępka ruchami nieco okrężnymi (w celu usunięcia kiszek) nie dostanie się w pobliże kręgosłupa, a stąd poza podniesione ciało macicy. Następnie z tylnego sklepienia przesuwamy palec wskazujący na przodkową powierzchnię części pochwowej i równocześnie z pociąganiem ręką zewnętrzną dna macicy ku przodowi, spychamy nim część pochwową ku tyłowi i ku górze. Jeżeli ciało macicy da się dostatecznie podnieść, lecz, jak to często bywa, ręką zewnętrzną nie możemy się dostać poza dno, to wywieramy tą ręką od powłok brzusznych ucisk na przodkową ścianę szyi macicznej, spychając ją równocześnie palcami od pochwy ku tyłowi i ku górze, tak, aby dno macicy przesunięte wzdłuż wklęsłości kości krzyżowej opadło ku przodowi. Odprowadzenie wtenczas tylko za dokonane uważać należy, gdy ciało macicy całą długością leży na sklepieniu przodkowem. Przeszkadza odprowadzeniu macicy wolnej, t. j. zlepami nieustalonej, znaczne wypełnienie pęcherza i odbytnicy, i dlatego dbać należy o dokładne ich wypróżnienie.

Im jędrniejszym jest ciało macicy, tem łatwiej da się skutecznie odprowadzenie ręczne, a im mniejszem i wiotszem, tem trudniej.

Thure Brandt, który jest nieprześcignionym mistrzem w ręcznych zabiegach leczniczych, wykształcił liczne sposoby odprowadzenia, stósownie do danych warunków, tak, że nigdy nie potrzebuje posługiwać się ani narkozą, ani sondą, o czem miałem sposobność naocznie się przekonać. Chcących się z tymi sposobami zaznajomić, odsyłamy do jego dzieła<sup>1)</sup> lub do broszury Harajewicza<sup>2)</sup>.

W czasie samego aktu odprowadzenia macicy możemy już przekonać się o całkowitej lub częściowej ruchomości ciała, mianowicie gdy daje się podnieść tylko do pewnego stopnia lub gdy całkowicie da się odprowadzić, lecz zaraz w odgięciu powraca. Niekiedy też można wyczuć napinające się pasemka lub postronki w czasie podnoszenia dna pomiędzy ciałem macicy a częściami sąsiednimi.

<sup>1)</sup> *Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten* Berlin 1891. — <sup>2)</sup> Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich według metody Th. Brandta, Kraków. 1891.

Pomimo wielu głosów przeciwnych twierdzić muszę stanowczo, że zgłębnik maciczny, właściwie użyty, jest w połączeniu z działaniem ręki od powłok brzusznych doskonałym narzędziem do odprowadzenia odgiętej macicy i to nie tylko w przypadkach, w których się to ręcznie nie udaje, ale często i w tych, które z powodu niemożności odprowadzenia ręcznego fałszywie pojmujemy jako ustalone zlepami. Przy dostatecznej wprawie nie można wyrządzić żadnej szkody sondą, (jeżeli macica odgięta nie jest znacznie powiększoną po świeżo przebytym położu), a odprowadzenie zapomocą sondy udaje się i szybciej i dla chorej bywa mniej nieprzyjemnym.

W celu odprowadzenia macicy wsuwamy zgłębnik, lekko łukowato zagięty wklęsłością ku tyłowi, w jamę macicy, poczem zataczając szerokie półkole trzonkiem, nadajemy mu w macicy położenie wklęsłością ku przodowi i podnosimy ciało macicy, obniżając powoli trzonek zgłębnika do największej możebnej granicy. Następnie drugą ręką od zewnątrz wciskamy powłoki brzuszne poza wyczuwalne dno macicy i w miarę wysuwania z niej zgłębnika, spychamy dno ku przodowi i dołowi, lub zupełne odprowadzenie kończymy oburęcznie.

Często spotykamy się z twierdzeniem, że odprowadzenia zgłębnikiem należy zaniechać, gdy ciało macicy stawia opór obniżeniu sondy. Otóż stanowczo twierdzić mogę, że objaw ten nie zawsze dowodzi ustalenia odgięcia i że odprowadzenie udaje się często i w tych razach, jeżeli tylko dna powiększonej macicy nie odprowadzamy przez wklęsłość kości krzyżowej, lecz w ukośnym wymiarze, około połączenia krzyżowo biodrowego. O ile zaś z oporu, jaki się wyczuwa, liczyć można na możebność odprowadzenia, zawisło od nabytej wprawy. Jeżeli istnieją zlepy łatwo dające się naciągać, to podniesione dno macicy w czasie wysuwania zgłębnika z pod ręki zewnętrznej stale wysuwa się ku tyłowi i wraca w odgięcie. Jeżeli zaś macica jest stale zlepiona krótkimi połączeniami zapalnymi i powierzchnią większą, to zlepy te rozpoznać można przez badanie oburęczne, szczególnie badając przez odbytnicę. To jednak rzecz pewna, że w miarę nabytej wprawy w odprowadzeniu odgiętej macicy, wydarza się nierównie rzadziej rozpoznanie odgięcia zlepami ustalonego.

Zamiast zgłębnika używam często z dobrym skutkiem pręcika śródmacicznego Amanna (Fig. 86), który wsuwam w macicę, pociągając kleszczykami za tylną wargę, a następnie płytkę pręcika spycham palcami ku dołowi i tyłowi, podnosząc się zaś dno ręką zewnętrzną ku przodowi. Postępowanie to jest z pewnością połączeniem

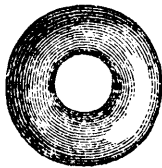
korzyści zgłębnika z odprowadzeniem ręcznym, bez niebezpieczeństwa możebnego przy użyciu sondy.

Prócz wymienionych sposobów odprowadzenia macicy poleca Schultze t. zw. *Intrauterine Reposition* w ten sposób, że palec wsuwa przez poprzednio lub stale rozszerzoną szyję w jamę macicy, aż do dna i podnosi je nim, przy czem, jeżeli są przyczepienia, to kierunek ich i rozległość najlepiej daje się rozpoznać, a Küstner<sup>1)</sup> podał sposób, który jest tylko odmianą dawniej przez Emmeta podanego. Polega on na pociąganiu kleszczykami za wargę przedkową na przód i ku dołowi, przez co wyrównywa się kąt odgięcia i cała macica przybliży się ku spojeniu, poczem palcami podnosimy od pochwy ciało macicy, trzymając resztą palców tej samej ręki kleszczyki, a małe zaciśnięcie powłok po spojeniu kości łonowych wystarcza do przywrócenia nagięcia.

Po zupełnem odprowadzeniu odgiętej macicy potrzeba ją w prawidłowem położeniu ustalić zapomocą krążka, który poprzednio już przygotować należy, aby albo ręką zewnętrzną nie opuszczać nachylnego dna macicy lub wewnętrzną części pochwowej w tyle przytrzymywanej.

Krążki pochwove (*Pessaria*), używane do ustalenia odprowadzonej z odgięcia macicy, są trojaki, stósownie do sposobu w jaki działają, mianowicie :

1. Krążki, które bezpośrednio przytrzymują w tylnej części miednicy samą część pochwową i wypełniają tylne sklepienie. Takim jest krążek okrągły Mayera miękki, gumowy lub twardy K. Brauna ze zbitego sprężnika (Fig. 90 a.), w którego otwór wchodzi część pochwowa i dlatego otwór ten powinien być dostatecznie obszernym.



a.



b.

Fig. 90.

a. Krążek K. Brauna ze zbitego sprężnika.

b. Krążek z odśrodkowym otworem.

2. Krążki, które pochwę wypięzają wzdłuż i wszerek i wydłużają ją podnosząc równocześnie tylne sklepienie, które zatem pośrednio oddalają część pochwową od wejścia pochwowego. Tu należą krążki Hodgego (Fig. 91 a. i b.) i Thomasa c).

3. Krążki, które obu wymienionym celom odpowiadają, mianowicie krążki ósemkowe Schultzego (Fig. 92 b).

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1882 str. 433.

Krażki gumowe Mayera zalecają się tylko wyjątkowo dla ustalenia odprowadzonej z odgięcia macicy, jeżeli twarde krażki z powodu

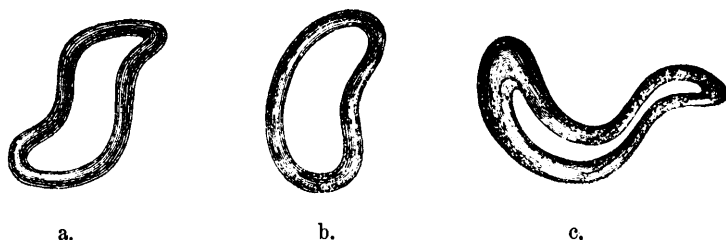


Fig. 91.

a. Krążek Hodgego. — b. Krążek Hodgego kołyskowy. — c. Krążek Thomasa.

bolesnego ucisku, szczególnie w przypadkach gdy jajnik znajduje się w tylnym sklepieniu, nie bywają znoszone.

Najwięcej i z dobrym skutkiem używane bywają krażki Hodgego, pierwotnie wyrabiane z cyny, a obecnie najczęściej ze zbitego sprężnika lub miedzianego drutu, powleczonego rurką gumową (Hewitta), lub z celluloidu. Krażki z drutu miedzianego mają tę korzyść przed innymi, że kształt ich dowolnie możemy zmienić i do danego przypadku zupełnie zastosować.

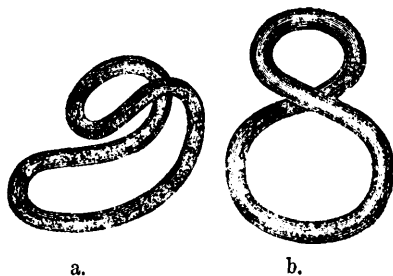


Fig. 92.

a. Krążek sankowy. — b. Krążek ósemkowy Schultzego.

Krażki z celluloidu potrzymane w ukropie posiadają jednak te same własności, jak również, choć w mniejszym stopniu, krażki ze zbitego sprężnika rozgrzane nad lampką spirytusową, a nadto posiadając gładką, polerowaną powierzchnię nie działają na ściany pochwy w takim stopniu drażniąco, jak gumowe. Krażki Thomasa bywają wyrabiane i ze szkła. Jest to materiał niewątpliwie najgładszy i najobjętniejszy, krażki jednak szklane są bardzo drogie, ciężkie i nie dają się modelować.

Krażki te wyjątkowo tylko nie nadają się do utrzymania części pochwowej w tylnym sklepieniu, mianowicie, gdy pochwa i tylne sklepienie są tak wiotkie i fałdliste, że krażek nie jest w stanie na-



dać im takiego naprężenia ścian, aby część pochwowa nie mogła się ku przodowi przysunąć.

Dla podatnej i wiotkiej pochwy wybieramy krążek długi, a tylny łuk jego zaginamy więcej ku górze i zwiększamy jego szerokość. W razach zaś bardzo szerokiego wejścia do pochwy po przedarciu międzykrocza, lub gdy przodkowa ściana pochwy obniżona kulisto zalega wejście, nadają się lepiej krążki kołyskowe (*Wiegenpessarium*), a raczej biegunowe (Fig. 91 b.), których przodkowy łuk podnosi ścianę pochwy ku górze. Aby w takim razie uniknąć ucisku na cewkę moczową (*Bulbus urethrae*), nadawał Schröder przodkowemu łukowi tych krążków stosowną wklęsłość.

Krążki Thomasa (Fig. 91 c.) właściwie dopiero rozpowszechnił Olshausen<sup>1)</sup>, mając sposobność przekonać się w czasie laparotomii, że bardzo gruby łuk krążka podnosił zatokę Douglasa powyżej połowy tylnej ściany macicy. Krążki te długie, ku dołowi ostrym kątem czyli dzióbem zakończone, z powodu silnie esowatego zagięcia, tak, jak je Olshausen zaleca, nie posuwają się ku dołowi nawet w czasie mocnego parcia i nadają się szczególnie dobrze w razach wiotkich ścian pochwy. Krążki te posiadają jednakże pewne ważne strony ujemne. Nie uwzględniając już bolesniejszego ich zakładania, utrudniają one spółkowanie. jeżeli koniec dolny nie przylega do przodkowej ściany pochwy, lecz sterczy ku dołowi a wówczas oba zagięcia trzeba uczynić mniejszemi. Jest jeszcze drugi ważny wzgląd, który mimo doskonałego ustalenia macicy w położeniu prawidłowym czyni te krążki mniej dobrymi. Zawsze bowiem zakładamy krążek w tej nadziei, że po dłuższem noszeniu może macica, nawet po usunięciu krążka, pozostać w prawidłowym położeniu, t. j. nie wrócić w odgięciu, czyli spodziewamy się, że nienaciągane tylne więzy maciczne, mogą powrócić ze zwiotczenia do stanu prawidłowego, czego po krążkach tak wysoko zatokę Douglasa podnoszących, jak to czynią krążki Thomasa, spodziewać się nie można.

Krążki ósemkowe poleca Schultze w każdym prawie przypadku odgięcia macicy. Przyrządza się je z kółek z drutu miedzianego, powleczonych rurką gumową, o średnicy 7 — 14 cm., ujmując haczykowato jednym palcem kółko na obwodzie, a dwoma palcami drugiej ręki przeciwległe temuż miejsce, następnie zaś naciągając tak aby z kółka wytworzyła się wydłużona elipsa, nadaje się skręt, wsku-

<sup>1)</sup> *Klinische Beitr. zur Gyn. und Geb. Stuttgart. 1884.*

tek czego powstaje ósemka o kółku mniejszem do ujęcia części pochwowej i większem, służącym jako podpora. W ten sposób przyrządzonemu krążkowi nadaje się lekko esowate zagięcie. Krążki te zatem nietylko wydłużają przodkową ścianę pochwy, lecz bezpośrednio przytrzymują część pochwową, niepozwalając jej zbaczać ku przodowi, nie czynią sklepienia tylnego jeszcze więcej wiotkiem i w razie bolesności nie uciskają go. Aby jednak zadaniu swemu dobrze odpowiedziały, powinna część pochwowa być nieco dłuższą, a części miękkie, o które opiera się dolne kółko, posiadać stósowną odporność. Jeżeli tych warunków brak, poleca Schultze swoje krążki sankowe (*Schlittenpessar*) (Fig. 92 a.), w których łuk przodkowy odgięty ku tyłowi ma przeszkadzać usuwaniu się części pochwowej ku przodowi. Aby uniknąć niekorzyści pochodzącej z miękkiej powłoki krążków ósemkowych, podał Fritsch krążki twarde z dwoma otworami.

Założenie krążków wogóle, a w szczególności krążka

Hodgego, odbywa się w ten sposób, że krążek szerszym łukiem ku górze zwrócony wsuwamy, po dostatecznym rozwarciu warg, w wymiarze ukośnym sromu do połowy, poczem palcem wskazującym, wsuniętym pod krążkiem na wierzch łuku górnego czyli tylnego, wsuwamy go głębiej i spychamy poza część pochwową odprowadzonej macicy. Im większem jest

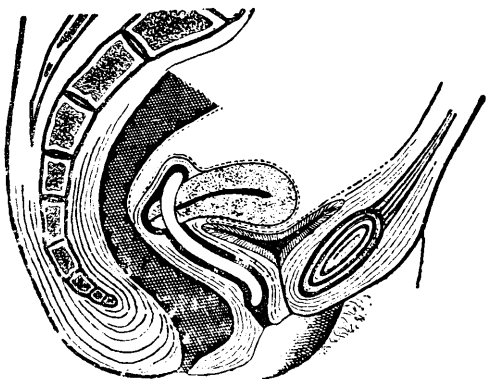


Fig. 93.

esowate zagięcie krążka, tem trudniej to uskutecznić i tem bolesniejszym jest założenie, gdyż w czasie spychania tylnego łuku poza część pochwową, łuk przodkowy silnie ugniat przodkowe części przedsionka.

Krążek Hodgego dobrze leżący i utrzymujący macię w nachyleniu. Podług Fritscha.

W jaki sposób trzymają się krążki w pochwie, czyli co przeszkadza wypadaniu ich? Pierwszy Hildebrandt<sup>1)</sup> zwrócił w tym kierunku uwagę, a od-

<sup>1)</sup> *Die Bedeutung des Musculus Levator ani für den Gebrauch der Pessarieren. Monatschrift f. Geb.* Tom. XXIV.

powieź na to pytanie uzupełnił umiejętnie Prochowicki<sup>1)</sup>. Z części utrzymujących krążki w położeniu, trzeba przedewszystkiem wykluczyć kości miednicy, gdyż okostna długiego ucisku nigdy nie zniesie i oddziaływa bólami, zmuszającymi do usunięcia krążka. Mięśnie zamykające srom mogą co najwięcej przeszkodzić wypadnięciu ciał obcych w najniższej części pochwy umieszczonych, i to bardzo niedostatecznie, gdyż tampony n. p. zawsze prawie wypadają, gdy je niedostatecznie głęboko wsuniemy. Głównymi zatem czynnikami są: działanie mięśnia *levator ani* i pewien stopień naprężenia pochwy. Mięsień *levator ani*, będący zatykadłem (*Obturator*) małej miednicy (*Luschka*), obejmuje w średniej trzeciej części pochwę z boków i z tyłu brzegami swymi od przodu ku tyłowi zbiegającymi. Działanie jego jest zatem tego rodzaju, że przeszkadza wysunięciu się wszystkiego, co opiera się na górnej powierzchni jego brzegów. Aby jednak to działanie było skutecznem, potrzeba koniecznie pewnego stopnia naprężenia pochwy tak, że małe ciała, nawet nad brzegami tego mięśnia w pochwie ułożone, wypadną przy działaniu tłoczni brzusznej podobnie jak ciała wielkie, n. p. krążki kuliste, balony i t. d., które nawet znacznie pochwę naprężają, jeżeli nie leżą ponad brzegami mięśnia *levator ani*. Z tego wynika, że krążki powinny być tak urządzone, aby pochwę do pewnego stopnia naprężyły, a zarazem w znacznej szerszej części spoczywały nad brzegami mięśnia *levator ani*. Działaniem też tego mięśnia tłumaczy się to zwykłe zjawisko, że krążki po pewnym czasie znajdujemy znacznie wyżej umieszczone, niż tuż po założeniu. Sama część pochwo-wa może mieć tylko podrzędne znaczenie dla utrzymania krążków, a tam gdzie ma znaczenie główne, tam działanie krążka równa się zeru.

Skutki odprowadzenia odgiętej macicy i ustalenia w prawidłowym położeniu bywają już bardzo rychło widocznymi. Macica poprzednio powiększona zmniejsza się, część pochwo-wa staje się smuklejszą, krwawienia ustają, następne miesiączkowanie zazwyczaj nie bywa już tak obfitem, bóle i parcie w czasie wypróżnień ustają, a objawy odruchowe i nerwowe zmniejszają się lub ustępują, tak, że opisane leczenie zaliczamy do bardzo wdzięcznych. Chorej noszącej krążek polecamy wypłukiwanie pochwy dwa razy dziennie z dodaniem środków odrażających, jak 2% kw. karbolowego lub 1‰ kw. salicylowego lub 10—15 kropli kreoliny do pełnego Hegara, albo środków ściągających. Położenie krążka i macicy powinno być od czasu do czasu kontrolowanem, gdyż powrócenie macicy w odgięcie przy założonym krążku jest gorszem niż odgięcie bez krążka z powodu ucisku wywieranego na ciało macicy. Krążek zaś krótki, w pochwie obszernej, może przybrać położenie jak najniekorzystniejsze i może się nawet zupełnie w przeciwną stronę obrócić. Następnie powinno się krążek przynajmniej co 2 miesiące wyjąć, dobrze oczyścić i ponownie założyć. Zaniedbane bowiem krążki stają się, skutkiem złogów wapiennych,

<sup>1)</sup> *Volkmann. Samml. kl. Vortr. Nr. 225.*

nierówne i ostre, przez co w wysokim stopniu drażnią pochwę, wywołują rozkład wydzielin, zapalenie ropiaste i owrzodzenia, tak, że powstała ziarnina może być przyczyną zabliznienia się przylegających powierzchni i wrośnięcia krążka, który dopiero po przecięciu otaczających go obrączek bliznowatych może być wyjętym.

W razie ciąży, która nastąpiłaby po założeniu krążka, należy go pozostawić aż do początku 5-go miesiąca księżycowego. Gdyby zaś ciężarna macica leżała w odgięciu, należy, jeżeli się to łatwo uda, odprowadzić ją ręcznie i krążkiem ustalić.

Wkońcu nadmienić trzeba, że wydarzają się dość często przypadki, w których ograniczyć się musimy tylko do częściowego odprowadzenia macicy, gdy zlepy nie pozwalają doprowadzić jej do prawidłowego nagięcia. Tu również zalecają się krążki wysoko podnoszące tylne sklepienie, krążki Hodgego i Thomasa, gdyż działaniem mięśnia *levator ani* mogą być jeszcze wyżej podsunięte i mogą korzystnie wpływać na rozciągnięcie zlepow. Najtrudniej przychodzi utrzymać macicę w prawidłowym położeniu zapomocą krążka w przypadkach ustalenia części pochwowej dawniejszemi sprawami zapalnymi blisko spojenia łonowego, gdyż wówczas niemożebność odsunięcia jej ku tyłowi czyni, że pomimo wszelkich usiłowań ustalenia zapomocą krążka, macica stale powraca w odgięcie. Mojem zdaniem są to przypadki, które więcej niż inne wymagają przysycia dna macicy do powłok brzusznych, jeżeli się wyciągnięcie ustaleń zapomocą mięsienia nie uda.

Na zwykłe zapytanie chorych, jak długo będą skazane na noszenie krążka, należy wymijająco odpowiedzieć, że „dopóki dobre położenie macicy nie ustali się, co może trwać kilka miesięcy, a nawet rok i dłużej“, gdyż do ocenienia tego nie posiadamy żadnej podstawy. To tylko pewna, że najlepiej rokować możemy w przypadkach świeżych, po położu powstałych i u kobiet młodych, gdy odprowadzona macica znajduje się w takim nachyleniu lub nagięciu fizyologicznem, że do sklepienia przodkowego wielką przylega powierzchnią, a nieuleczalnymi bywają przypadki powstałe w wieku blizkim zwrotu płciowego (*Climacterium*) (Veit<sup>1)</sup>.

Po kilku miesiącach, można krążek zamienić na mniejszy, a ewentualnie później na jeszcze mniejszy, wreszcie zupełnie go usunąć, mając chorą w ciągłej kontroli i zalecając, aby się zaraz

1) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XX. str. 59.

zgłosiła, gdyby którykolwiek z poprzednio istniejących przypadków powrócił. Zwracam tu uwagę na to, że u chorych, u których macica całymi miesiącami pozostaje, bez krążka, prawidłowo ułożona, może powrócić w odgięciu bez innej przyczyny, jak z powodu kilkudniowego leżenia w łóżku.

Sposoby podane przez Thure Brandta<sup>1)</sup> a polegające na odprowadzeniu odgiętej macicy, codziennem mięsieniu i podnoszeniu dna z nagłym opuszczeniem od powłok brzusznych, również nie leczą stale odgięcia.

Inaczej wygląda cała sprawa odgięcia macicy, gdy macica w tem nieprawidłowem położeniu jest ustaloną, czyli unieruchomioną, już to świeższą sprawą zapalną i towarzyszącą jej wypociną, już też zapomocą zorganizowanych produktów zapalnych. W pierwszym przypadku, leczenie przeciwzapalne, j. t. spokój, okłady ogrzewające, wypróżnienia uregulowane, kąpiele całe i nasiadowe, a później ostrożne mięsienie i systematyczne ręczne podnoszenie dna macicy, tamponowanie tylnego sklepienia, zazwyczaj przy obojętnej cierpliwości, potrafią uruchomić macicę, tak, że uda się wreszcie jej odprowadzenie i ustalenie krążkiem. Daleko trudniej wykonać to wszystko, gdy macica jest ustaloną w odgięciu dawnymi produktami zapalnymi, które bywają dwojakiego rodzaju, mianowicie: jako zlepienia powierzchni tylnej i dna macicy z otrzewną zatoki Douglasa, odbytnicy, lub tylnej ściany miednicy, lub jako połączenia za pomocą dłuższych lub krótszych błon wrzekomych w postaci pasm i postronków, które w bardzo wielkiej ilości mogą się znajdować i w najrozmaitszy sposób przytwierdzać nie tylko macicę, ale i jajniki i trąbki z macicą i z otoczeniem, a zadanie prawie nie do rozwikłania powstaje wówczas, gdy przyczyną sprawy zapalnej, prowadzącej do wytworzenia tych zlepów i połączeń, są zapalenia trąbek i jajników — *Salpingo-oophoritis*. Kto tego na zwłokach nie widział, może mieć pojęcie z rysunku Küstnera<sup>2)</sup> z natury zdjętego.

Ze tego rodzaju połączenia unieruchamiające macicę mogą być usunięte jedynie tylko sposobem czysto mechanicznym, przez rozciąganie, przerywanie, lub wreszcie sposobem krwawym przez rozcięcie, to nie ulega wątpliwości. Pierwszy też Schultze<sup>3)</sup> radził zlepy i połączenia unieruchamiające odgiętą macicę odklejać i roz-

<sup>1)</sup> l. c. str. 258. — <sup>2)</sup> *Samml. klin. Vorträge. Neue Folge Nr. 9.* — <sup>3)</sup> l. c. str. 236.

rywać w narkozie, palcami od odbytnicy działającymi. Sam jednakże zwraca już uwagę na niebezpieczeństwo tego postępowania i możliwość przedarcia trąbki, zamiast zapalnego połączenia, i dlatego też niewielu miał naśladowców i zwolenników.

Wielki postęp w mechanicznem leczeniu zlepow zapałnych macicy i jej otoczenia zawdzięczamy dopiero Thure Brandtowi w Sztokholmie, który leczenie to nie tylko zupełnie wykształcił, ale i wyrobił też w tym kierunku technikę, tylko jemu właściwą. — To co Schultze usiłuje wykonać w narkozie w jednym lub kilku posiedzeniach, to wykonywa Thure Brandt w sposób pewny, nie narażający chorej na niebezpieczeństwo, przez powolne rozlepianie i wydłużanie połączeń, łącząc to leczenie ze stósownymi ruchami gimnastycznymi działającymi odwodząco lub dowodząco. Dlatego też i Schultze<sup>1)</sup>, przekonawszy się naocznie o skuteczności metody Thure Brandta, w znacznej części odstąpił od sposobu poprzedniego i używa powolnego rozlepiania i rozciągania a osiągnięte wyniki stara się utrzymać, albo przez silne wytamponowanie tylnego sklepienia, albo przez krążek podnoszący je, o ile bez bólów bywa znoszonym. W ten sposób powoli można częściowo uruchomić macicę i wreszcie doprowadzić do częściowego a potem i całkowitego odprowadzenia, które jeżeli powraca pomimo założonego krążka, wsuwa Schultze<sup>2)</sup> w macicę pręcik śródmaciczny, którego płytę w pochwie utwierdza tamponem a następnie mięsi macicę ku przodowi, rozciągając w ten sposób na pewno połączenia. Jakie zlepy i zrosty dadzą się usunąć, a jakie nie, to pod tym względem i badanie w narkozie niezawsze daje pewne wyniki, tak, że u chorej, u której Schultze uznał uruchomienie macicy za niemożliwe, Thure Brandt przez mięsienie uruchomił ją zupełnie i odprowadził.

To, czego często wszystkimi zabiegami dokonać nie można, tego dokonywa ciąża, przez powolne powiększanie się macicy i przekrwienie, tak, że zlepy powierzchni i połączenia pasemkowate, zupełnie się rozciągają, a macica staje się ruchomą.

W przypadkach, w których się uruchomienie i odprowadzenie macicy, mimo wszelkich użytych środków, nie uda, a przypadki bardzo ciężkie, zatruwające życie chorych, dadzą się z pewnością odnieść do unieruchomienia odgiętej macicy, rozpoczęto od r. 1886 wykonywać rozdzielanie zlepow i połączeń od jamy brzusznej, po

<sup>1)</sup> *Samml. klin. Vorträge. Neue Folge* Nr. 24. — <sup>2)</sup> Tamże.

poprzedniem cięciu brzusz n e m. Pierwszym, który w tym celu wykonał laparotomię i odłączył połączenia częścią palcami, częścią nożyczkami, był Olshausen<sup>1)</sup> a za nim poszło wielu innych, używając do przecinania pasemek i postronków termokauteru Pacquelina. Jeżeli przytem znajdowano chorobowo zmienione trąbki i jajniki, to usuwano je. Wówczas jednak już samo trzebieenie (*Castratio*) jest operacją leczącą przypadki i bez naprawy położenia. Wyniki operacyjne, po największej części, podawane bywają jako świetne.

Z operacją tą ściśle połączone metodę ustalenia odprowadzonej macicy w ten sposób, aby bez krążka zapewnić jej położenie w fizyologicznem nachyleniu lub nagięciu.

O sposobie chirurgicznego ustalenia odprowadzonej z odgięcia macicy, dawno już myślano. Pierwszym, który podał myśl ustalenia macicy w nachyleniu za pomocą skrócenia więzów okrągłych był M. Alquié, a Freund badał sposoby wykonania na zwłokach. W 1884 ogłosił W. Alexander<sup>2)</sup> rezultat 22 operacyj skrócenia więzadeł okrągłych przez siebie wykonanych z pomyślnym skutkiem i od tego czasu, operacja ta uchodzi pod nazwą Alexandra lub Alexandra i Adamsa, a jeżeli ma już być ochrzczoną dwoma imionami, powinna się nazywać Alquié-Alexandra.

Wykonanie jej polega na tem, że po odprowadzeniu macicy u chorej uspionej, oznaczamy palcem miejsce obrączki pachwinowej (*Annulus inguinalis*) i w tem miejscu przecinamy skórę i tkankę tłuszczową podskórną cięciem równoległym do więzu Pouparta. Następnie tępo preparując, odnajdujemy wiąz okrągły macicy, który z kanału pachwinowego wyciągamy, odsuwając z jego powierzchni, sposobem tępym, wszystkie wyciągające się z nim tkanki, aby otrzymać wiąz odpreparowany. Z więzu tego wycinamy kawałek na 6—8 cm. długi i końce przecięcia zeszywamy ze sobą. Zeiss<sup>3)</sup> dla pewności przyszywa jeszcze osobno wiąz w przebiegu do zewnętrznego kąta cięcia skór nego. Munde<sup>4)</sup> pierwszy podnosi często wydarzającą się trudność znalezienia rozstrzępionego w obrączce pachwinowej więzu okrągłego, szczególnie u osób otyłych, a Sławiański w 3ch przypadkach całkiem więzu nie znalazł, gdy Matlakowski<sup>5)</sup> i inni twierdzą, że się więzy okrągłe zawsze odszukać dadzą. Zeiss

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1886. str. 698. — <sup>2)</sup> *The treatment of backward displ.* London. 1884. — <sup>3)</sup> *Centralbl. f. G.* 1885. str. 689. — <sup>4)</sup> *New England med. monthly* 1885. — <sup>5)</sup> *Przegląd Lekarski* 1889. Nr. 46.

rozpoznaje wiąz okrągły jako postronek blade czerwony, po którym przebiega cechująco pokręcone naczynie. Edebohls<sup>1)</sup> prowadzi cięcie skórne aż do *crus internum*, aby wyszukać wiąz okrągły w miejscu, gdzie się jeszcze nie rozdziela na pojedyncze włókna.

Alexander operację tę wykonywał jednostronnie, inni obustronnie. Pomimo to jednak wyniki niezawsze bywały pewne i macica powracała często w odgięciu, już to z powodu łatwej rozciągliwości więzu, lub takiego stanu jego stłuszczenia, że nie może służyć jako narząd przeszkadzający odgięciu. Ze względu zatem, że chora po operacji powinna nosić krążek, że jak twierdzi Winckel, gdzie krążek nie pomoże, tam i operacja niewiele wskura, nie cieszy się ona wielkiem rozpowszechnieniem i większa część operatorów zwróciła się ku innemu sposobowi operowania.

Koeberle pierwszy w r. 1869 a za nim Sims w r. 1875 przy sposobności owaryotomii, znaleźli odgiętą macicę i po naprawie położenia wszyli szypułkę do dolnej części cięcia brzuszego z dobrym i trwałym skutkiem. Były to zatem pierwsze usiłowania operacyjnego ustalenia położenia macicy przez cięcie brzuszne, a operacja ta zupełnie była usprawiedliwioną innym ważniejszym celem, t. j. owaryotomią. Po nich dopiero Olshausen w przypadku cytowanym, po wykonaniu laparotomii, celem poprzecinania zrostów odgiętej macicy, ustalił ją przysyciem rogów w okolicy odejścia więzów okrągłych i części więzów szerokich do przodkowej ściany brzucha. Odtąd operacja ta w wielkiej liczbie przypadków wykonana z pomyslnym skutkiem, wzięła górę nad operacją Alexandra, i uchodzi pod nazwą:

Ventrofixatio uteri, Hysteropexia, Hysterorrhaphia abdominalis anterior.

Co do samego przytwierdzenia odprowadzonego z odgięcia dna macicy do ściany brzusznej, istnieją różne metody, według tego, czy samo dno macicy lub rogi jej przytwierdzamy szwami, czy też tylko części dodatkowe, j. t. więzy okrągłe, więzadła szerokie i trąbki, lub skracamy więzy okrągłe przez ułożenie ich w fałd.

Leopold<sup>2)</sup> przeprowadza szwy przez brzeg cięcia brzuszego, następnie pod otrzewną macicy i przez powierzchowną warstwę mięśni wyklęwa igłę w drugim brzegu i takich szwów zakłada trzy, z których jeden poniżej poziomu uczepienia się więzów okrągłych,

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1891. Nr. 26. — <sup>2)</sup> Tamże. 1888. Nr. 11.



drugi 1 cm. powyżej, a trzeci poza linią uczepienia się trąbek, poczem lekko zeszkrobuje nożykiem otrzewną dna, aby ułatwić zrost, a szwy założone przez brzegi rany i dno macicy służą zarazem do spojenia rany. Czerny<sup>1)</sup> przyszywa dno macicy do otrzewny i *fascia transversa* blisko dolnego kąta rany zagubionymi szwami z katgutu chromowego. Sängér<sup>2)</sup> przyszywa nie dno macicy, lecz rogi maciczne do ściany brzusznej w miejscu odejścia więzów okrągłych, ujmując je, jakoteż część więzów szerokich szwami zagubionymi z *fil de Florence* (*Silkwormgut*). Klotz<sup>3)</sup> po jednostronnem odjęciu jajnika wszywa w ranę szypułkę czyli więzadło jajnikowe i wsuwa przez ranę brzuszną dren szklany w zatokę Douglasa na dni kilkanaście, a Kelley<sup>4)</sup> przyszywa szypułkę do ściany brzusznej. Bode<sup>5)</sup> utwierdza macię skrącając od jamy brzusznej (po laparotomii) więzadła okrągłe i zeszywając je, bez przecięcia, w formie pętli, tak, że zostają *ad minimum* skrócone.

Matlakowski<sup>6)</sup>, który u nas pierwszy rozpoczął wykonywać operację Alexandra, obmyślił sposób bardzo silnego ustalenia macicy. Przecina on otrzewną więzów okrągłych, przez otwór w niej wydobywa pętle więzu, który na 6 — 8 cm. od macicy podwiązuje i przecina, następnie koniec ośrodkowy przeprowadza przez przebicie mięśnia prostego i otrzewny (zatem podskórnym) na 1 — 2 cm. od brzegów rany po jednej i po drugiej stronie i oba końce związuje ze sobą po przyszyciu trzema szwami macicy do ścian brzusznych.

Wszystkie te sposoby, jakkolwiek w skutkach przedstawiają się bardzo pomyślnie, gdyż podług zestawienia Baudouina<sup>7)</sup> na 235 operowanych tylko 2 umarły, a u 11-tu wynik operacji nie był pomyślnym, nie przywracają zupełnie prawidłowych warunków położenia macicy, gdyż czynią to położenie mało ruchomem. Pomimo to praktyka wykazała, że nie upośledzają w niczem ani czynności pęcherza moczowego, ani macicy, a i obawa, szczególnie przez Küstnera<sup>8)</sup> podnoszona, że kobiety, u których wykonano tę operację, w razie ciąży muszą poronić, okazała się z dość licznych przypadków dotychczas podanych jako płonna.

Najwięcej do prawidłowych warunków zbliżone położenie starano się nadać odgiętej i odprowadzonej macicy zapomocą innych

1) *Beiträge zur klin. Chirurgie* T. IV. — 2) *Centralbl. f. Gyn.* 1888. Nr. 2, 3, i 7. — 3) Tamże. 1888. Nr. 1 i 1891. str. 97. — 4) Tamże. 1890. str. 942. — 5) Tamże. 1889. Nr. 3. — 6) l. c. str. 268. — 7) *Hysteropézie abdominale antérieure*. Paris. 1890. — 8) *Samml. klin. Vorträge. Neuge Folge* Nr. 9.

metod operowania, mających na celu skrócenie fałdów Douglasa czyli tylnych więzadeł macicznych. Pierwszy W. Freund<sup>1)</sup>, w przypadku wypadania macicy, otworzył od pochwy zatokę Douglasa, przyszył część nadpochwową szyi macicznej (*Portio supravaginalis*) wysoko do otrzewny, poniżej wżgórka kości krzyżowej i radził, aby podobnie operować odgięcia macicy przez laparotomię. Idąc za tą radą wykonał pierwszy Frommel<sup>2)</sup> w ten sposób skrócenie więzadeł tylnych, okłuwając je w pobliżu odejścia ich od macicy i przyszywając do otrzewny bocznej ściany miednicy. Otrzymane wyniki operacji odpowiadały nagięciu patologicznemu macicy (*Anteflexio*) powstałemu skutkiem zapalnego skrócenia więzadeł. Sama operacja jednak jest za trudna i niebezpieczna, aby jej używać w celu ustalenia położenia (Zweifel<sup>3)</sup>).

Atoli i na tych usiłowaniach nie porzestano jeszcze i starano się ustalić odprowadzoną z odgięcia macicę, operując od pochwy (*Fixatio uteri vaginalis*). Schücking<sup>4)</sup> wprowadza w tym celu nawleczoną grubym jedwabiem igłę, ukrytą w rurce zgiętej, podobnie jak zgłębnik maciczny, do jamy macicy, podnosi przodkowe sklepienie palcem drugiej ręki aż do wysokości dna macicy, a następnie przez ścianę przodkową macicy i sklepienie przodkowe wykuwa igłę, wyciąga nitkę, oba jej końce wiązuje ze sobą i pozostawia ten szew przez dni kilka. Klotz<sup>5)</sup> nacina poprzecznie przodkowe sklepienie blisko szyi macicznej, odsuwa palcem pęcherz od macicy, a następnie ujmuje przodkową ścianę macicy w szew, którego koniec utwierdza na płycie srebrnej w pochwie. Nitki wyjmuje w 4 — 6 tygodni, a przez ten czas chora nosi krążek.

Jakkolwiek przypadki, w których z powodu odgięcia nieustalonej macicy nasuwa się konieczność przyszycia jej do ścian brzusznych lub po poprzednim uwolnieniu jej od zlepow są rzadkie, to materyał nagromadzony już dotychczas jest tak wielkim, że da się wytlómaczyć tylko wielką pewnością postępowania aseptycznego, gdyż z licznych przypadków w Niemczech operowanych ani jeden nie zakończył się śmiercią. Mimo to przyznać trzeba, że w wielkiej części wykonanych operacyj odwaga, pewność operującego i materyał czysto kliniczny znacznie górowały nad rzeczywistymi wskazaniem.

<sup>1)</sup> *Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte in Heidelberg* 1889. i *Archiv f. Gyn.* T. XXXVI. str. 519. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1890. Nr. 6. — <sup>3)</sup> *Vorlesungen über klin. Gynaecologie.* Berlin 1892. str. 225. — <sup>4)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1891. Nr. 13. — <sup>5)</sup> Tamże str. 97.

## Pochylenie i zgięcie macicy na bok. Lateroversio et latero-flexio uteri.

Zboczenie to pochodzi od jednostronnego skrócenia więzów szerokiego macicy, które może być albo wadą utworową (Tiedemann), albo nabytą, po sprawach zapalnych.

**Rozpoznanie** polega na wykazaniu zbaczania części pochwowej ku jednej stronie, a ciała macicy ku stronie przeciwnej j. t. ku prawej (*Dextroversio v. flexio*), lub ku lewej (*Sinistroversio v. flexio*). Przez badanie oburęczne można niekiedy wykazać napinający się wiąz szerokiego macicy, w czasie prób odsunięcia jej z tego położenia. Jeżeli macica pochylona na bok okazuje nagięcie lub odgięcie, wówczas mówimy o skręceniu jej około osi (*Torsio uteri*). Tu przypomnieć należy, że macicę jednoróżną (*Uterus unicornis*) łatwo pomieszać można z pochyleniem lub zgięciem na bok, gdyż tam rozwinięty róg macicy zbacza także znacznie na bok. Od pomyłki chroni dokładne wybadanie kształtu i niskie uczipienie szczątkowego rogu (str. 144).

**Leczenie.** Jeżeli sprawy zapalne były powodem skrócenia więzów, to długotrwałym mięsieniem można uruchomić macicę i zbaczanie zmniejszyć. Krążki, używane do naprawy tego położenia, które po stronie zbaczania macicy posiadają łuk więcej wygięty, albo nie wpływają zupełnie na naprawę położenia, albo też bardzo niedostatecznie.

## Odsunięcie, przysunięcie i wzniesienie macicy. Retropositio, Ante-positio et Elevatio uteri.

Przez odsunięcie rozumiemy takie położenie macicy, gdy ona w całości zbliża się lub przylega do kości krzyżowej, co następuje, gdy większa część powierzchni otrzewny macicy zlepi się z otrzewną tylną ścianą miednicy. Wtedy zatoka pęcherzowo maciczna staje się bardzo szeroką i zawiera pętle kiszki, które w prawidłowych warunkach tam się nie znajdują. Obrzęki zapalne lub nowotworowe, umieszczone przed macicą lub w przodkowej jej ścianie, mogą również sprawić odsunięcie jej, które natenczas ma tylko znaczenie towarzyszącego zboczenia.

**Rozpoznanie** polega na wykazaniu położenia przez badanie oburęczne i na niemożności przysunięcia macicy ku przodowi.

**Leczenie** powinno być takie same, jak podaliśmy przeciw zlepom macicy odgiętej.

Przysunięcie macicy w całości ku przodowi zawsze idzie w parze z wzniesieniem jej, czyli wyższym ustawieniem (*Elevatio uteri*). Przemijający stan lekkiego przysunięcia macicy zauważać można w razach znacznego wypełnienia odbytnicy kałem, a Breisky<sup>1)</sup> opisuje rzadki przypadek takiego wypełnienia kiszkaми zatoki Douglasa, że macica zupełnie była ku przodowi przysunięta.

Najradszą przyczyną przysunięcia macicy są bliznowate zaciągnięcia się tkanki łącznej okołomaciczej i okołopęcherzowej, jeżeli poprzedzające zapalenie sięgało obok pęcherza aż do przodkowej ściany brzucha, lub skutkiem blizn, powstałych po zgorzelińowem odzieleniu się przodkowej wargi macicy skutkiem ucisku w czasie porodu. Z tych przyczyn powstające ustalenie szyi ku przodowi bywa, w następstwie przyczyną odgięcia macicy (patrz str. 254).

Najczęściej jednak bywa macica wysunięta ku przodowi równocześnie wzniesiona w górę przez wypchanie obrzękiem wypełniającym zatokę Douglasa (krwistek zamaciczny — *Haematocoele retrouterina* — i wielkie włókniaki tylnej wargi macicznej), lub wyciągnięta przez wzrastające ku jamie brzusznej nowotwory samej macicy (wielkie włókniaki śródmiażdżowe i podsurowicze), lub jajników, jeżeli ściśle z nią są połączone lub posiadają bardzo krótką szypułkę (torbiele podotrzewnowe czyli międzywieszadłowe).

W tych zatem przypadkach wzniesienie macicy jest tylko dodatkowym objawem, z którego jednak otrzymujemy ważne wskazówki co do jakości obrzęku i stósunku, w jakim pozostaje do macicy.

**Rozpoznanie** polega na wykazaniu przysunięcia macicy w całości, wysokiego położenia części pochwowej i znajdowania się ciała macicy ponad spojeniem kości łonowych, zatem w jamie brzusznej, co albo bezpośrednio daje się wy badać przez badanie oburączne, albo też z użyciem zgłębnika macicznego. W przypadkach, w których macica została wypchaną obrzękiem umieszczonym w zatoce Douglasa, znajdujemy półkulisty obrzęk wypełniający pochwę, a część pochwową przysuniętą do spojenia łonowego i wzniesioną ku górze, sklepienie zaś przodkowe jako ciasny fałd pomiędzy częścią pochwową a spojeniem kości łonowych. Jeżeli zaś macica zostaje wyciągniętą w górę i ku przodowi, to wążka wydłużona pochwa kończy się lejkowato, wysoko poza lub ponad spojeniem kości łonowych, a na szczycie tego lejka znajdujemy, dające się wy badać, ujście maciczne,

<sup>1)</sup> *Die Krankheiten der Vagina* (Billroth-Handbuch der Frauenkrankheiten).

gdyż wciągnięta część pochwowa nie istnieje. Pociąganie, jakiego doznaje szyja maciczna, może być tak znacznem, że się ona bardzo wydłuża, a wreszcie może się nawet od ciała macicy odłączyć i pozostać z niem w połączeniu tylko zapomocą otrzewny.

**Leczenie** może być skierowanem jedynie przeciw przyczynom wywołującym te zmiany położenia.

### **Obniżenie i opad macicy. Wynecowanie pochwy. Descensus et prolapsus uteri. Inversio vaginae.**

**Określenie choroby.** Na drodze, jaką przebyć musi macica, aby z miednicy dostała się na zewnątrz, rozróżniamy trzy stopnie zboczenia, które nazywamy: obniżeniem (*Descensus uteri*), gdy macica wyraźnie niżej ułożona, lub część pochwowa tuż poza wejściem do pochwy się znajduje; opadem niezupełnym (*Prolapsus incompletus*), gdy część macicy występuje na zewnątrz ze szpary sromowej (wyjawszy opisany na str. 169 przerost samej części pochwowej), i opad zupełny (*Prolapsus completus*), gdy ściany pochwy całkowicie lub prawie całkowicie na zewnątrz wynecowane, tworzą przed częściami rodnymi obrzek zawierający macicę.

Dając takie określenie opadu musimy się z góry zastrzedz, że nie odpowiada ono każdemu przypadkowi, gdyż przerost szyi macicznej, tak często nierozłączny od opadu, do tego stopnia zmienia stosunki narządów do siebie, że jedna definicya w żaden sposób nie może odpowiadać każdemu stanowi rzeczy.

**Przyczyny.** Aby macica z miednicy dostała się na zewnątrz potrzeba następujących warunków: 1. niedostatecznego umocowania macicy w miednicy; 2. niedostatecznej podstawy miednicy, czyli niedomykalności dna miednicy (*Insuffizienz des Beckenbodens*, Hegar) i 3. ciśnienia od góry, czyli działania tłoczni brzusznej.

U kobiet, które nie rodziły, opad macicy jest o wiele rzadszym, z czego wynika, że ciąża, poród i połóg, są głównymi przyczynami stwarzającymi warunki sprzyjające opadowi.

Najczęstszy mechanizm powstawania opadu polega na pierwotnem wynecowaniu ścian pochwy, które ciężarem swoim, wspólnie z ciśnieniem śródbrzusznem, sprowadzają obniżenie i następowy opad macicy.

Pochwa tylko w najniższej części silnie jest połączoną z częściami sąsiednimi, mianowicie: z przodu z cewką moczową, gdzie tworzy silny, gruby, po-

przecnie pofałdowany waleczek, cebulkę cewki moczowej (*Bulbus urethrae*) a z tyłu z międzycrocem, gdzie, szczególnie pochwa dziewicza, okazuje rząd poprzecznych zmarszczek (*Columna rugarum*). Reszta pochwy jest ruchomą i podlega zmianom położenia, stósownie do wypełnienia pęcherza moczowego i odbytnicy. Tę całą ruchomą część pochwy nazywamy ampulką przodkową i tylną.

Na przodkowej ścianie, poza cebulką cewki moczowej, w miejscu gdzie rozciągnie miednicowe dochodzi do ściany pochwy, bywa bardzo wyraźny fałd poprzeczny, który jest granicą długo stawiającą opór całkowitemu wynicowaniu przodkowej ściany. Tak samo na ścianie tylnej granicą taką jest miejsce, gdzie pochwa ściślej z międzycrocem jest połączona. Międzykrocze tworzy ostateczne umocowanie od dołu, wsuwając się swą przodkową szerszą częścią ku przodowi i ku górze, tak, że dolną część tylnej ściany pochwy znacznie podnosi i przebiegowi jej nadaje postać esowatą z wypukłością dolnej części ku przodowi a górnej ku tyłowi.

W ten sposób najniższa część pochwy przy zupełnej całości tych części, mianowicie u dziewcząt, bywa zamkniętą ściślem przyleganiem do siebie cebulki moczowej i rzędu zmarszczek tylnych, które to dwa ciała nakształt poduszek wzajemnie się rozplaszczają, zamykając i boki, co na przecięciu ma postać taką, jak okazuje Fig. 94. Jeżeli dodamy do tego błonę dziewiczą, w której półksiężycowe wycięcie wchodzi cebulka moczowa, to zamknięcie staje się zupełnem, a umocowanie od dołu narządów małej miednicy przez międzycrocze, kierunku długiej pochwy od przodu ku tyłowi i ku górze i połączenie jej z macicą pod kątem prawie prostym, czynią stósunki idealnie dobrymi.



Fig. 94.

W ciąży, połączenie narządów ze sobą, z powodu rozpulchnienia tkanek i zaniku tłuszczu pomiędzy narządami rozmieszczonego (v. Hoffmann), staje się wiotszem, a ściany pochwy tak znacznie grubieją, że dochodzą grubości 1.5 — 2 cm. Dlatego też po rozsunięciu warg kobiety będącej w ostatnich miesiącach ciąży, często można widzieć gruby fałd przodkowej ściany pochwy, tuż poza wejściem pochwowem umieszczony.

W czasie porodu cała pochwa bywa do najwyższego stopnia rozprężoną, a szpara sromowa z częścią międzycrocza lub całym międzycrocem ulega często przedarciu, przez co dno miednicy staje się niedostatecznym. Bezpośrednim skutkiem tego jest skrócenie pochwy o przedartą część tylnej ściany, brak dolnej jej krzywizny i przebieg pochwy nie poziomy lecz więcej prostopadły, zatem najwięcej opadowi sprzyjający. Przodkowa ampulka pochwy straciła teraz podpórę i znacznie obniżona, zgrubiała, zalega szparę sromową jako torba o grubych, ciężkich ścianach, zawierająca dolną część pęcherza moczowego (*Cystocele puerperalis*), gdy ampulka tylna również przy

wypełnieniu odbytnicy i w czasie wypróżnień i użycia tłoczni brzusznej wydyma się ku przedłużonej szparze sromowej. Jeżeli w tych stósunkach nastąpi należyte połogowe zwinięcie się pochwy i macicy prawidłowo ułożonej, a chora nie oddaje się pracy zwiększającej działanie tłoczni brzusznej, to wszystko może wrócić do stanu prawidłowego. W przeciwnym razie, przodkowa ściana pochwy, kulisto wydęta, rozpycha szparę sromową i wreszcie sterczy przed nią na zewnątrz, lub rzadziej obie ściany wypychają się równocześnie, a najrzadziej wyciowanie pochwy rozpoczyna się od samej ściany tylnej. Gdy dodamy do tego tak często wydarzające się odchylenie połogowej macicy, to dane są wszystkie warunki, aby za wyciowującą się pochwą postępowała macica, aż w końcu dostanie się ona na zewnątrz, co może także i nagle nastąpić po upadnięciu na pośladki, lub po znacznem wytężeniu sił i użyciu tłoczni brzusznej.

Opisany mechanizm powstania opadu odnosi się i do przypadków, w których nastaje z powodu starczego zwiotczenia utkania.

Jeżeli więzadła macicy, szczególnie tylne, są bliźnowato skrócone, lub macica z sąsiedztwem zlepiona, to pociąganie ze strony ścian pochwy wyrzuci skutek tylko na szyję maciczną, mianowicie na miejsce, do którego z przodu i z tyłu uczepia się pochwa i wtenczas nastąpi wydłużenie szyi macicznej (*Elongatio colli*) z następowym przerostem części wydłużonej (z powodu zmienionych warunków ciśnienia. Fritsch), która z wyciowanymi ścianami pochwy może zstąpić aż na zewnątrz, pomimo że dno macicy pozostaje prawie w prawidłowej wysokości.

Na ten przerost nadpochwowej części szyi, który w mniejszym lub większym stopniu bardzo często towarzyszy wyciowaniu pochwy i opadowi macicy, pierwszy Huguier zwrócił uwagę, pojmując go nie jako następstwo, lecz jako główną i najczęstszą przyczynę wyciowania pochwy. Virchow<sup>1)</sup>, podając opis przypadku „wyciowania pochwy bez opadu macicy“, sądził, że pierwotnie musiało istnieć obniżenie macicy, a skutkiem przerostu szyi ciało jej podniosło się potem w górę i zajęło prawidłowe położenie, któreto zapatrywania i Schultze<sup>2)</sup> podziela.

Że przerost środkowej lub nadpochwowej części szyi jest najczęściej zmianą następową, wywołaną ciężeniem wyciowujących się ścian pochwy, a nie pierwotną, dowodzi zmniejszenie się przerostu po odprowadzeniu wyciowanej pochwy.

<sup>1)</sup> *Gesammelte Abhandlungen* str. 812. — <sup>2)</sup> l. c. str. 236.

W nierównie rzadszych przypadkach mechanizm opadu macicy jest odwrotnym, to znaczy, że pierwotnie macica się obniża i wynicowuje pochwę. Najwięcej usposabia do tego odchylenie macicy, przez co jej oś wstawia się w przedłużenie osi pochwy. Jeżeli powstanie odgięcie dna (*Retroflexio*), to może ono dalszemu obniżaniu przeszkodzić. W przeciwnym razie macica, minawszy raz szparę jaką tworzą brzegi mięśnia *levator ani*, musi wypaść na zewnątrz i pociągając za sobą ściany pochwy, dopóki na nich nie zawisnie.

Przyczyną wycicowania pochwy i opadu macicy, które często wydzarzają się w późniejszym wieku, bywa zwiotczenie tkanek wywołane zanikiem starczym, jeżeli zwężenie i skrócenie pochwy, właściwe późnemu wiekowi, temu nie przeszkodzi (*Schröder*). Przedwczesne zwiotczenie ścian pochwy mogą spowodzić: długotrwałe niezbyt jej ścian, jakoteż długie wyniszczające choroby, połączone także z zanikiem tłuszczu. *Fritsch* podaje opad macicy w następstwie duru.

Znaczne powiększenie ciężaru macicy przez włókniaki podsurowicze, jakoteż ucisk na macicę i sklepienia pochwowe przez nagromadzenie znacznej ilości cieczy surowiczej w jamie brzusznej (*Ascites*), bywają również przyczyną pierwotnego lub następowego opadu macicy. Także skutkiem rozprężenia ścian pochwy wielkimi krążkami może nastąpić opad po ich usunięciu.

U dziewcząt znane są trzy przypadki zupełnego opadu macicy, które podają *Fritsch*, *A. Martin* i *I. Veit*. Wszystkie odnoszą się do takich zmian kości miednicy, które w wysokim stopniu pojemność jej zmniejszały.

W końcu opad macicy i wycicowanie pochwy może nastąpić nagle, po spadnięciu z znacznej wysokości, i po znacznych wysiłkach z gwałtownem użyciem tłoczni brzusznej, j. t. kaszlu, wymiotach i t. d., jeżeli inne warunki temu sprzyjały. *Aubinois*<sup>1)</sup> opisuje przypadek nagłego opadu u dziewczyny 20-letniej, którą dwóch chłopaków podnosiło pod pachy i opuszczało na ziemię.

**Anatomia patologiczna.** Opad macicy i wycicowanie pochwy, przedstawia się jako obrzęk sterzący z pomiędzy warg sromowych, umieszczony pomiędzy udami, wielkości od małej do dużej pięści, kształtu jajowatego, jeżeli zawiera w sobie całą macicę, lub więcej cylindrycznego, jeżeli treścią jego jest tylko przerosła szyja

<sup>1)</sup> *Gazette des hôpitaux*. 1866. Nr. 96.



maciczna. Obrzęk ten zawiera, prócz macicy lub szyi przerosłej, od przodu znaczną część pęcherza moczowego (*Cystocele vaginalis* Fig.

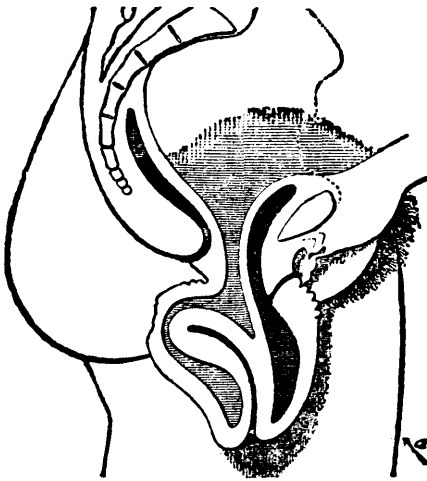


Fig. 95.

Schematyczny obraz zupełnego wycięwania pochwy i opadu macicy. (Podług Schultzego).

95) ściągniętą na dół, z tyłu zaś rzadziej znaczniejszy zaułek odbytnicy (*Rectocele vaginalis*).

Wyciowane ściany pochwy, tworzące zewnętrzną osłonę obrzęku, bywają znacznie zgrubiałe i okazują zabarwienie blade lub białawo-różowe skutkiem zgrubienia warstw przybłonka brukowego i wkońcu przybierają cechy skóry do tego stopnia, że u murzynek wytwarza się nawet zabarwienie czarne, właściwe włosom zewnętrznym

U spodu obrzęku znajduje się ujście maciczne tworzące szparę poprzeczną, otoczone często nadżerką lub owrzodzeniem. Granica

przodkowej wargi najczęściej bywa zupełnie wygładzona, gdy na tylnej widoczna jest po fałdzie, będącym granicą przejścia błony śluzowej sklepienia na część pochwową. W przypadkach naddarć szyi mogą wargi maciczne tak zupełnie wywinąć się na zewnątrz (*Ectropium*), że to, co się zdaje być ujściem zewnętrznym macicy, jest w rzeczywistości częścią szyi blizką ujścia wewnętrznego.

Z przodu, przy samej podstawie obrzęku, widoczne zmarszczki poprzeczne pochodzą z rozciągniętej i wyciowanej cebulki moczowej. Śród nich, w samej górze, znajduje się również w fałd poprzeczny rozciągnięte ujście cewki moczowej.

Z tyłu wyciowana tylna ściana pochwy albo bezpośrednio przechodzi w skórę międzykroczą, jeżeli zupełnie się odłączy od swej podstawy, albo też, co o wiele częściej się wydarza, tworzy tu jeszcze fałd czyli zaułek, jako pozostałość zatoki czółenkowatej (*Fossa navicularis*). W tem miejscu również widoczne są ślady zmarszczek pierzastych (*Plicae palmatae*).

Jeżeli chcemy wsunąć cewnik do pęcherza moczowego, to przekonamy się, że się to uda albo od razu tylko w kierunku ku dołu-

wi, t. j. w obrzęk (Fig. 95), albo też naprzód mały kawałek w kierunku prawidłowym, a następnie dopiero załamuje się ku dołowi górna część cewki, nieprzytwierdzona do spojenia łonowego, tak, że cewnik wsunąć możemy nadając mu kierunek ku obrzękowi. Zstępująca na dół przodkowa ściana pochwy i macica ściągają zatem dolną część pęcherza do tego stopnia, że w obrzęku może się znajdować większa jego część. Moczowody mogą być załamane i skutkiem tego znacznie rozszerzone, a z nimi razem i miedniczki nerkowe (*Hydronephrosis*).

Powyżej wspomnieliśmy już, że znaczniejszy zaułek kiszki stolcowej w obrzęku rzadko się wydarza, gdyż połączenie tylnej ściany pochwy z odbytnicą jest tak wiotkiem, że pochwa łatwo się od niej oddziela. W przypadkach zaś, w których znaczny istnieje zaułek, należy przypuszczać, że już dawniej, z powodu zatwardzeń, istniało znaczniejsze wydęcie kiszki ku dołowi.

Co do najważniejszej treści obrzęku, to jest macicy, to, ściśle rzecz biorąc, rzadko ją w całości znajdujemy w obrzęku, i bywa ona wówczas najczęściej odchyłoną lub odgiętą (Fig. 95), a tylko bardzo rzadko w nagięciu. Częściej znajduje się pewna część jej dna jeszcze powyżej podstawy obrzęku, lub całe ciało macicy w miednicy, a treść obrzęku tworzy tylko przerosła szyja maciczna.

Stósunki anatomiczne przedstawiają się zupełnie odmiennie, gdy przerost dotyczy tylko samej środkowej części szyi, lub i części nadpochwowej. Jak wiadomo, do części środkowej szyi (*Portio media*) uczepia się przodkowa ściana pochwy, do nadpochwowej (*Portio supravaginalis*) ściana tylna (Fig. 55 str. 168). Jeżeli zatem przodkowa ściana pochwy wycnicowuje się, a macica, z jakichkolwiek wyżej wspomnianych przyczyn, nie postępuje za nią, to wydłuża się i przeraśta tylko część środkowa szyi, która z tyłu leży poniżej tylnego sklepienia, tak, że występuje na zewnątrz z całkowicie wycnicowaną ścianą pochwy, gdy tylne sklepienie i ciało macicy mogą zajmować prawie prawidłowe położenie (Fig. 96).

Jeżeli zaś ulegnie wydłużeniu i część nadpochwowa szyi, to zstępuje ona z oboma sklepieniami na dół, wreszcie występuje z obiema wycnicowanymi ścianami pochwy, a dno macicy, w obu przypadkach zawsze w odchyleniu, może swego położenia w kierunku pionowym nie zmienić (Fig. 97).

Streszczając to co się powiedziało, tak się przedstawiają stósunki wycnicowania pochwy i opadu macicy: 1. Wycnicowanie

obu ścian pochwy z całkowitym lub częściowym opadem macicy. 2. Wycinowanie przedzłkowej ściany pochwy z przerostem środkowej części szyi. 3. Wycinowanie obu ścian pochwy z przerostem części środkowej i nadpochwowej.

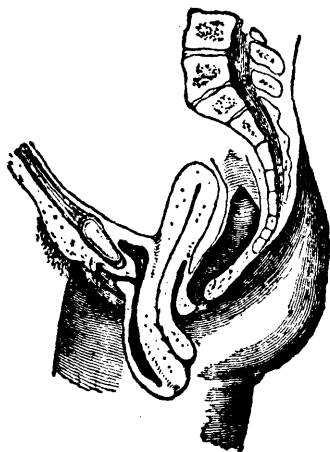


Fig. 96.

Przerost środkowej części szyi z wycinaniem przedzłkowej ściany pochwy. (Podług Schrödera.)

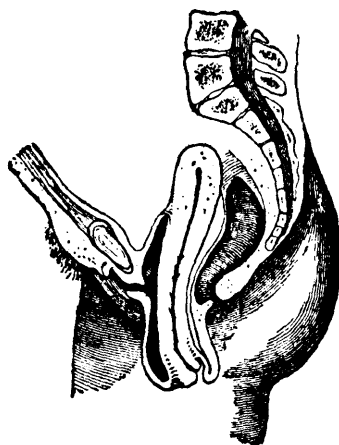


Fig. 97.

Przerost części nadpochwowej szyi z wycinaniem obu ścian pochwy. (Podług Schrödera.)

Bardzo ważnem jest zachowanie się otrzewna zatoki pęcherzowo-macicznej i zatoki Douglasa. Jeżeli macica w całości opada (Fig. 95), to otrzewna zatoki Douglasa sięga prawie do samego dołu obrzęku, z przodu zaś nie schodzi tak nisko, gdyż wraca się od okolicy ujścia wewnętrznego macicy. Przy przerości środkowej części szyi obie zatoki, a z niemi i otrzewna, pozostają w prawidłowej wysokości (Fig. 96). Jeżeli zaś obie ściany pochwy są wycinowane, a obok tego istnieje przerost nadpochwowej części szyi, to otrzewna zatoki pęcherzowo-macicznej może pozostać w wysokości prawidłowej, gdy otrzewna zatoki Douglasa, z częścią przerosłej szyi, zstępuje prawie do samego dołu obrzęku (Fig. 97).

Otrzewna sama nie okazuje takich zmian, jakichby się można spodziewać, a zrost jej blaszek, przylegających w zagłębieniu lejko-watym do siebie, i z tego powodu niemożliwość odprowadzenia obrzęku, należy do rzadkości.

Kiszki rzadko znajdujemy w obniżonej zatoce Douglasa. Wydarzają się jednak przypadki, w których wielka ilość pętli kiszki powiększa do znacznego stopnia objętość obrzęku, jak w przypadku Freund'a. Mayer zwraca uwagę na częstość przepuklin pachwinowych, towarzyszących opadowi macicy (28%).

**Objawy i przebieg.** Rzadkim przypadkiem nagłego wypadnięcia macicy towarzyszy zwykle uczucie gwałtownego bólu w podbrzuszu i w krzyżach, oraz gwałtownego parcia, zawrót głowy, omdlenia, wymioty, wstrząs nerwowy, a zatem objawy nagłego wypróżnienia jamy brzusznej, do czego mogą się następnie przyłączyć objawy uwięźnięcia, zatrzymania moczu i zapalenia otrzewny.

Obniżeniu macicy towarzyszą objawy podobne do objawów odchylenia, mianowicie: bóle w krzyżach, uczucie ciężenia ku dołowi, niekiedy uczucie ciągnięcia w okolicach pachwinowych, częste parcie na mocz, mimowolny odpływ jego przy kaszlu, śmianiu się, chodzeniu, dźwiganiu ciężarów i. t. d.

Obniżenie, a wreszcie i opad, który powoli powiększa się, powraca zawsze w czasie spoczynku nocnego napowrót do miednicy, a czas, w którym nastąpi zupełne wypadnięcie, bywa rozmaicie długim, stósownie do tego, czy chore są w stanie szanować się, czy też oddawać się muszą wyętzającej pracy. Macica, która wypadając znaczny już nawet tworzy obrzęk, powraca jeszcze w czasie nocnego spoczynku do miednicy, później powraca tylko częściowo, a wkońcu pozostaje stale przed częściami rodnymi, tworząc obrzęk powyżej opisany.

Teraz przybywają te zmiany na wyciowanej błonie śluzowej pochwy, które pochodzą od bodźców mechanicznych, mianowicie od tarcia o uda i ubranie. Małe pęknięcia, szczególnie w fałdach błony śluzowej, bywają zanieczyszczane moczem, kałem i kurzem i z tego powodu, u osób niedbających o czystość, widzimy bardzo często rozległe owrzodzenia, o dnie nieczystem lub zgorzelinowem, brudno zielonkawatem, brzegach ostro ściętych lub podminowanych, lub wreszcie zapalnie obrzękłych i bolesnych. Owrzodzenia te mogą być tak rozległe, że tylko tu i owdzie nienaruszona błona śluzowa pochwy oddziela je od siebie wązkimi paskami. Głębsze zniszczenia, takie, aby drażyły przez całą grubość błony śluzowej i ścianę pęcherza i utworzyły przetokę, należą do rzadkości, jak również i zgorzelinowe oddzielenie się większej części obrzęku.

Oddawanie moczu bywa utrudnione, tak, że chore czasem muszą sobie dopomagać częściowem odprowadzeniem opadu. Objawy

nieżytu pęcherza nie tak się często wydarzają, jakby przypuszczać można, gdyż moc z zatrzymujący się w ściągniętej części pęcherza, miesza się ciągle z moczem świeżym.

W rzadszych przypadkach wydarza się niekiedy całkowity opad bez dolegliwych przypadków, całemi latami trwający, a dolegliwości występują dopiero po odprowadzeniu macicy, gdyż jama brzuszna tak się zastósowała do zmniejszonej treści, że chore po odprowadzeniu doznają uczucia pełności i silnego parcia.

Miesiączkowanie częściej bywa skąpsze niż obfite. Spółkowanie może się odbywać przy wypadnięciu dającym się odprowadzić, lub też rozszerzona szyja maciczna częściowo zastępuje pochwę (Aubenas, Chopart i Franque).

Niepłodność wcale nie jest koniecznem następstwem opadu, tak, że ciąża zawsze jest możebną u kobiet miesiączkujących i jeżeli nastąpi, to najczęściej macica, która przy leżeniu powraca jeszcze do miednicy, przez zwiększenie objętości przestaje wypadać, lub wzrastając cofa się do miednicy. Uwięźnięcie macicy ciężarnej przed częściami rodnymi należy do rzadkości i wówczas nastaje poronienie.

**Rozpoznanie.** Obniżenie macicy rozpoznajemy z niższego ustawienia części pochwowej, przyczem oznaczamy mniejszy lub większy stopień, podając jak daleko palec musi być wsunięty w pochwę, aby dosięgnął części pochwowej.

Aby jednak nabyć dokładnego wyobrażenia o stopniu obniżenia, potrzeba zbadać chorą i w postawie stojącej i w czasie badania polecić jej, aby parła, dla przekonania się o ile obniżenie powiększa się pod wpływem tłoczni brzusznej. Nie należy także zapominać, że wielka część obniżeń polega na odchyleniu macicy, a niższe ustawienie części pochwowej może być i pozornem z powodu przysunięcia jej ku przodowi.

Co do opadu macicy, to chore przychodzą do lekarza już z rozpoznaniem gotowem, podając swoje cierpienie, a łatwość rozpoznania już samem oglądaniem obrzęku jest przyczyną, że tak długo nie uwzględniano zachowania się i stósunku pojedynczych narządów do siebie. Cechujące wejście pochwy pokrywającej obrzęk, fałdy cebulki moczowej i zmarszczki tylnej ściany, ujście maciczne umieszczone u szczytu obrzęku są niezawodnymi cechami, a w końcu obejśćcie palcem do koła podstawy obrzęku, aby się przekonać, że pochwa w całości wynicowana, lub tylko przodkowa jej ściana, a tylne sklepienie prawie prawidłowo ustawione (przerost części środkowej szyi),

dopełniają reszty pierwszego badania, poczem wy badać należy: kształt, długość i objętość macicy, zachowanie się cewki, pęcherza i odbytnicy i zachowanie się zatok otrzewnowych. Dokładne obmacanie obrzęku przekonywa, czy obrzęk zawiera całą macicę lub nie.

Jeżeli niecała macica wypadła, a część wypadniętą głównie tworzy przerosła szyja, to już kształt obrzęku bywa więcej walcowatym. Grubość przerosłej szyi badamy, przesuważąc ją pomiędzy palcami, przyczem zauważyć należy, że łatwa przesuwalność cechuje część nadpochwową, gdy część pochwowa jest nieprzesuwalna.

O wielkości części macicy, będącej w miednicy, grubości jej, możebności nowotworów, przekonywamy się przez badanie oburęczne, wsuwając dwa palce wysoko w odbytnicę, a palcami drugiej ręki zagniatając powłoki brzuszne. Przy tej sposobności badamy, jaki udział bierze przodkowa ściana odbytnicy w opadzie, zatem czy *Rectocele* istnieje lub czy go brak, pamiętając o tem, że palcem, haczykowato ku przodowi zagiętym, bardzo łatwo sztuczny zaułek sprawić można.

Długość jamy macicy mierzymy sondą bardzo mało zagiętą, która zwykle łatwo wchodzi w kierunku ku kości krzyżowej. Jeżeli sonda wykazuje znaczne przedłużenie jamy, to poprzednie badanie oburęczne daje już pewne pojęcie o tem, ile należy policzyć na karb wydłużenia samej szyi, a ważniejszym jest jeszcze wymierzenie osobno długości szyi, co tylko wtenczas jest możebnem, gdy miejsce ujścia wewnętrznego da się jeszcze choćby lekkim oporem sondy oznaczyć. W przypadkach znacznego przerostu i wydłużenia szyi, przewód jej i jamy ciała wynosić może 17 cm. i więcej.

Długość, jaką tworzy zaułek pęcherza w obrzęku, najlepiej da się wy badać mało zakrzywionym metalowym cewnikiem lub sondą maciczną, którą wsuwamy naprzód w górną, a potem w dolną część pęcherza.

Co do zachowania się zatok otrzewny przypomnieć sobie należy to, cośmy wyżej powiedzieli. Pośrednio możemy uzyskać pewność że zatoka Douglasa schodzi aż do samego spodu obrzęku, jeżeli w tylnej jego części znajdują się kiszki, lub ciecz surowicza (*Ascites*), gdy istnienie znacznego zaułka odbytnicy (*Rectocele*) świadczy o wysokim ustawieniu zatoki.

Po ukończeniu tego badania należy obrzęk odprowadzić ile można w położenie prawidłowe, aby się przekonać o możebności odprowadzenia (*Reponibilitas*), o grubości i zachowaniu się fałdów pochwy, a następnie, po założeniu wziernika łyżkowego i dźwigni bocznych,

o długości samej części pochwowej, która dopiero w tem położeniu fałdami się odznaczy od reszty pochwy, a w razie wywinięcia warg, i one się także podniosą i odznaczą. Wkońcu przez badanie narządów w tem położeniu ocenimy, jakiej wielkości krążka mamy użyć, lub w jakim rozmiarze ma być wyciętą błona śluzowa, celem operacyjnego uleczenia opadu.

Jeżeli zaś badamy chorą, u której w czasie leżenia macica i ściany pochwy powracają do miednicy, to naprzód badamy we właściwym położeniu narządów, a potem polecamy chorej, aby parła, kaszłała, lub pociąganiem macicy zapomocą kleszczyków staramy się taki stan wytworzyć, jaki śród chodzenia istnieje.

**Leczenie** zapobiegawcze polega na zeszcyciu świeżo powstałego przedarcia międzykrocza i czuwaniu nad prawidłowym przebiegiem położu i okresu popołożowego, jakoteż leczeniu odchylenia i obniżenia macicy. Następnie powinno się usuwać wszystko, co się przyczynia do opóźnienia zwinięcia się narządów płciowych, przez uregulowanie wypróżnień pęcherza moczowego i odbytnicy, spokój i pobudzanie opóźniającego się zwijania macicy.

U osób, które już poprzednio cierpiały na wypadanie macicy i zaszły w ciążę, należy użyć okresu położowego do polepszenia stanu przez dłuższe leżenie i zastosowanie środków ściągających w formie wstrzykiwań, tamponów i pomazywania pochwy nalewką jodową (Fritsch).

Leczenie obniżenia macicy polega na zapobieganiu dalszemu postępowi cierpienia przez podniesienie macicy i podparcie jej zapomocą stósownego krążka. Dbać jednak należy o to, aby macicy nadać położenie prawidłowe, to znaczy w razie odchylenia odprowadzić ją. Krążki tu używane najczęściej są albo miękkie Mayera, które dobrze się zastósowują do kształtu pochwy, lub Brauna ze zbitego sprężnika (Fig. 90 a.), albo wreszcie twarde krążki Hodgego (Fig. 91 a.), które, podnosząc do góry sklepienie, zapewniają prawidłowe położenie macicy.

Leczenie zaś opadu macicy, polega albo na odprowadzeniu i zabezpieczeniu położenia w miednicy zapomocą krążka, albo na uleczeniu zapomocą stósownych zabiegów operacyjnych. Jakkolwiek leczenie zupełnego wycisowania pochwy i opadu macicy zapomocą operacji jest sposobem najracjonalniejszym i obecnie bardzo już wykształconym, to nie jest ono i nie będzie własnością ogółu lekarzy, a chore, u których zwykle mamy do zwalczania obawę wszelkiej krwa-

wej operacji, o tyle trudniej godzą się na nie, o ile w użyciu krążka znają sposób, zapomocą którego jako tako, pozornie, mogą się czuć uleczonemi, a przedewszystkiem pozbyć się dolegliwości. Względy te są przyczyną bardzo jeszcze rozpowszechnionego używania krążków w tych przypadkach, w których powstrzymanie opadu zapomocą nich jest w zupełności możebnem. Krążki, jako środek tylko zapobiegawczy, nie przyczyniają się do uleczenia opadu. Może to nastąpić tylko przypadkowo, gdy za wielki lub niestósownego kształtu krążek wznieci zapalenie (*Perimetritis*) i zlepienie macicy z narządami sąsiednimi, jak w przypadkach Schrödera, Volkmana i Freunda. Istnieje jednakże jeszcze inny i częściej się wydarzający sposób uleczenia, gdy u kobiety starszej, noszącej krążek, nastąpi zanik macicy i pochwy, a wejście do pochwy zwięzi się czasem tak znacznie, skutkiem, bliznowatego przeobrażenia tkanki łącznej, że długo noszony krążek tylko z wielką trudnością usunąć można, poczem nawet najmniejszego krążka nie można wsunąć przez wąskie wejście pochwowe. We wszystkich dziełach ginekologicznych spotykamy się ze zdaniem, że chore noszące krążek potrzebują z biegiem czasu coraz większych krążków z powodu stopniowego rozszerzania się pochwy, któreto zdanie odnosi się tylko do tych przypadków użycia krążków wogóle, w których nastąpi ciąża i poród, gdyż wówczas, po dokładnem nawet zwinieciu się części płciowych, zachodzi potrzeba, lecz i to nie zawsze, większego krążka.

Celem założenia krążka odprowadzamy wypadniętą macicę do miednicy, ujmując obrzęk w dolnej części kolisto rozstawionymi palcami, którymi wywieramy ucisk ku wejściu pochwowemu i nieco ku tyłowi, a gdy obrzęk wszedł, podnosimy dwoma palcami część pochwową wysoko ku górze i ku tyłowi, poczem przez badanie oburęczne, najlepiej przez odbytnicę, kontrolujemy, czy odprowadzona macica nie ułożyła się w odgięcie, aby ją zaraz odprowadzić, gdyż im większem jest nagięcie macicy, czyli im ostrzejszym kątem, jaki tworzy pochwa z macicą, tem łatwiej krążkiem daje się utrzymać. Jeżeli odprowadzenie macicy, z powodu objętości obrzęku, jest utrudnionem, wówczas ułatwiamy je, ujmując obrzęk jedną ręką u podstawy i wsuwając naprzód fałdy pochwy przy podstawie (*Reinversio vaginae*) a drugą ręką wciskamy obrzęk w sposób wiadomy. Jeżeli i w ten sposób odprowadzenie się nie uda i istnieje znaczna bolesność z powodu stanu zapalnego, lub obrzęk surowiczy (*Oedema*), polecamy kilkudniowy spokój, należyte wypróżnienia kiszek i pęcherza, oraz okła-



dy zimne na wycnicowaną pochwę, co zawsze wpływa skutecznie, tak, że stała nieodprowadzalność obrzęku należy do rzadkości.

Po dokonanej repozycji najlepiej nie od razu zakładać krążek, lecz zalecić spokój kilkudniowy, ustalając macicę tamponem znaczanym w glicerynie z kwasem borowym (2%). Jest to okoliczność ważna, gdyż po odprowadzeniu odbrzękają ściany pochwy, i krążek, który początkowo był dobrym, może za kilka dni wypaść. Do założenia krążka najstósowniejszem ułożeniem bywa kolanowo-łokciowe, gdyż macica opada wówczas ku wchodowi miednicy, a fałdy pochwy wygładzają się, zatem krążek zajmuje najwyższe położenie.

Krążki używane przeciw opadowi macicy dzielimy na niepodparte, t. j. te, które poznaliśmy już, i na podparte, to znaczy takie, które zapomocą pręcika lub sprężyny opierają się o stósowny przyrząd zewnątrz umieszczony (Hysterofory).

Co do pierwszej formy, to aby krążek przeszkodził wypadaniu, powinien górną część pochwy tak naprężyć, aby razem z krążkiem nie mogła przejść przez szparę, którą tworzą brzegi mięśnia *levator ani*. Najwięcej używane są okrągłe gumowe krążki Mayera, które w ciepłocie pochwy dobrze zastósowują się do jej kształtu i nie wywierają znacznego prężenia, a w dodatku, co bardzo ważne, mogą, celem oczyszczenia, przez samą chorą być wyjmowane i zakładane bez obawy skutków ze złego ułożenia krążka. Ujemne strony krążków miękkich podaliśmy na stronie 261, dlatego miękkie krążki polecamy chorym, mogącym dbać o siebie. Krążki okrągłe ze zbitego sprężnika przydatne są do dłuższego pozostawiania w pochwie, tylko chodzi o to, aby się część pochwowa wygodnie w otworze mieściła. Mniejszy otwór polecamy, gdy bardzo wiotkie ściany pochwy włączają się w niego. Krążki z otworem odśrodkowo umieszczonym (Fig. 90 b.) poleca Hegar w przypadkach, gdy macica po odprowadzeniu opada ku tyłowi. Grubsza część krążka odpowiada sklepieniu przodkowemu. W niektórych przypadkach lepiej się układają krążki owalne, założone wymiarem dłuższym w wymiarze poprzecznym pochwy. Breisky poleca krążki kuliste lub jajowate, kształtu dilatorów Bozemana (Fig. 43), do których wyjęcia podaje osobne kleszcze.

Krążki Hodgego bywają często bardzo przydatne do ustalenia odprowadzonej z opadu macicy, szczególnie jeżeli dla podtrzymania opadającej przodkowej ściany pochwy nadamy im kształt kołyskowy (Fig. 91 b.)

W przypadkach, gdy z powodu zbytniego rozszerzenia wejścia pochwowego wymienione krążki wypadały, używano dawniej krążka Zwancka ulepszonego przez Schillinga, tak urządzonego, że dwie płyty na zawiasach połączone, po wsunięciu w pochwę, oddalały się od siebie zapomocą śrubki umieszczonej na słupku łączącym je, a sterzącym ku dołowi. Z powodu ucisku płyt i odleżyn, które mogą wywołać (Hegar widział po nich 3 razy przetokę pęcherzowo-pochwową), krążki te obecnie zupełnie są zarzucone.

Co do zachowania się chorych z krążkami odsełam do ustępu o odgięciu macicy, a tu chcę zwrócić jeszcze uwagę na ważną okoliczność, mianowicie na wpływ jaki ma wiek chorych na wybór krążka. U chorych, u których po okresie zwrotu płciowego (*Climacterium*) części płciowe znajdują się w okresie postępującego zaniku, należy wybierać krążek możebnie mały, gdyż w praktyce mojej miałem dwa przypadki, w których zaniedbanego krążka, założonego przezemnie, nie mogłem wyjąć (w obu przypadkach po roku noszenia), z powodu niepodatności nie samego wejścia póchwowego, lecz całej dolnej części pochwy, tak, że musiałem krążek zmiażdżyć mocnym litotrybem.

Krążki można czasem korzystnie zastąpić gąbką stósownej wielkości, umocowaną na sznurku, zmaczaną albo w płynach odrażających albo też ściągających, którą same chore codzien wyjmują i odrażają.

Trudniej przedstawia się odprowadzenie macicy i utrzymanie jej krążkami przy znacznem wydłużeniu i przeroście szyi. Możnaby sądzić, że macica, której długość wynosi kilkanaście centymetrów, po odprowadzeniu w całości do miednicy, sięgać będzie dnem wysoko ponad wchód miednicy, lecz tak nie jest, gdyż macica zaraz układa się w nagięcie lub odgięcie o bardzo ostrym kącie, tak, że i przy znacznym przeroście utrzymanie wypadnięcia krążkiem bywa możebnem i prawie stale miewa ten skutek, że przerost w znacznej części, w krótkim już czasie, ustępuje i szyja robi się krótszą.

Jeżeli opisanymi krążkami nie uda się powstrzymać opadu, a chore się na operację nie zgadzają, lub gdy operacja jest przeciwwskazaną, uciekamy się wówczas do hysteroforów, t. j. krążków lub kul, umieszczonych zapomocą sprężyny na pelocie (Roser i Scanzoni) albo zapomocą trzonka twardego lub gumowego na opasce w kształcie litery T (*T. Binde*), lub na czterech paskach które pozwalają wypróżnień bez zdejmowania przyrządu (Breslau). Prócz niedogodności wynikających z noszenia tych przyrządów, ma przyrząd

Roser-Scanzoniego jeszcze tę złą stronę, że wszelkie wstrząśnienia przenosi na macicę i nie przeszkadza obwiśnięciu bardzo zgrubiałej przodkowej ściany pochwy. W przypadkach, gdy wszystkie środki zawiodą, uciec się trzeba do poduszeczki (*Dammkissen*) gumowej lub ceratowej, utwierdzonej na opasce, która ma na celu utrzymanie wypadającej macicy tylko na poziomie szpary sromowej.

Thure Brandt już przed 30 laty uleczył pierwszy przypadek opadu macicy sposobem przez siebie wynalezionym. Polega on na tem, że macicę zupełnie odprowadzoną i ułożoną w nachyleniu, pomocnik dwoma palcami od pochwy podpycha ku górze, a wykonujący podnoszenie (*Liftingar, Lifting*) ujmuje ją obiema rękami od powłok brzusznych i wyciąga ile możności w górę, co się przez dłuższy czas codziennie powtarza, przyczem ruchami gimnastycznymi, mającymi na celu wzmocnienie dna miednicy i mięśnia *levator ani* pomaga się uleczeniu. Chore Brandta zostały stale uleczone, tak, że opad już nie powrócił. Podobne wyniki osiągnęło i wielu innych ginekologów, którzy nie lekceważyli sobie środków pomocniczych, przez Brandta podanych. Główny ruch po dokonaniu opisanych podnoszeń polega na tem, że chora leżąca na wznak, z nogami zgiętymi w kolanach, własnymi siłami podnosi się w krzyżach i zbliża oddalone kolana z oporem przez lekarza stawianym, czyli ćwiczy mięśnie zbliżające uda (*Adductores*) i współruchowo mięśnie międzykrocza i *levator ani*.

Sielski miał w kilku przypadkach dobre wyniki leczenia (czy trwałe nie wiem), zastępując ręczne podnoszenie macicy sondą, zaopatrzoną płytą, którą opiera się na części pochwowej i podsuwa nią macicę ile można w górę. Tłómaczenie też Sielskiego<sup>1)</sup>, że macica pociągana lub ile można podnoszona, dlatego nie opada, że w ten sposób umozębnia się przyleganie ścian pochwy do jej otoczenia, jest tylko w małej części słusznem.

Jak dotychczas, to środkiem trwałego usunięcia opadu macicy i wycisowania pochwy za najpewniejszy uznany, jest uleczenie zapomocą operacyi, do której przeciwwskazaniem jest tylko zgrzybiałość starcza i choroby ogólne, szczególnie kiła, którą należy poprzednio uleczyć.

Zabiegi operacyjne mają na celu: Zmniejszenie ciężaru, zatem wielkości macicy i wytworzenie dostatecznej podpory od dołu

<sup>1)</sup> Wiadomości Lekarskie 1889 Nr. 5.

lub skrócenie rozciągniętych więzów macicznych, albo utwierdzenie macicy w jamie brzusznej (*Ventrofixatio*).

1. Zmniejszenie macicy polega na odjęciu przerosłej części pochwowej, lub pochwowej i średniej. Jeżeli sama część pochwowa jest przerosła, to odejmuje ją sposobami opisanymi w rozdziale o przerosłości części pochwowej. W przypadkach zaś znacznego przerostu przodkowej i nadpochwowej części szyi nie wystarcza odjęcie samej części pochwowej, lecz należy wykonać wysokie wycięcie szyi (*Excisio colli alta v. supravaginalis*). W tym celu postępujemy sposobem Hegara, ujmując część pochwową kleszczykami Museux'a, okrawając ją do koła przy uciepieniu się sklepienia i wycinając ku górze klinowato, tak, że odjęta część będzie miała postać stożka, poczem szwami obejmującymi całą podstawę rany, zeszywamy błonę śluzową pochwy z błoną śluzową szyi.

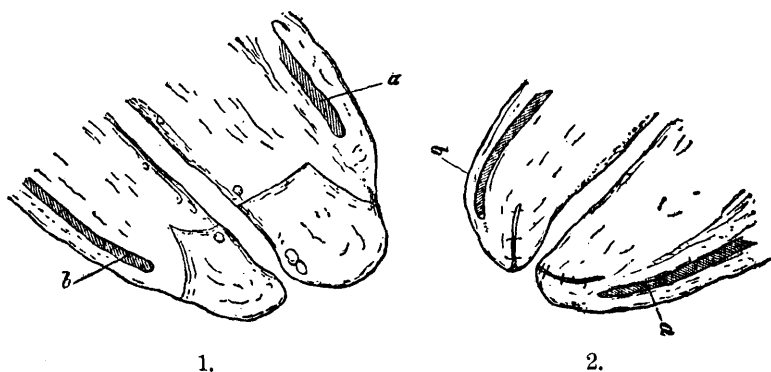


Fig. 98.

Odcięcie części pochwowej sposobem Schrödera, 1. kierunek cięć, 2. po zeszyciu.

Jeżeli część pochwowa jest bardzo zgrubiała, to po rozcięciu szyi na boki poleca się klinowe wycięcie każdej wargi z osobna z następnym zeszyciem sposobem Schrödera (Fig. 98).

Poprzednio wspomnieliśmy, że znaczny nawet przerost szyi ustępuje niekiedy po samem odprowadzeniu macicy w prawidłowe położenie. Niekażde zatem wydłużenie i przerost szyi należy leczyć przez odcięcie lub wycięcie, lecz tylko takie przerosty, które się nie zmniejszają, a znaczna twardość świadczy o długiem trwaniu, lub gdy szyja jest przerosła w obwodzie (*Hypertrophia circularis*), albo gdy istnieje wywinięcie warg (*Ectropium*).

2. Wytworzenie dostatecznej podpory od dołu polega: a) na zmniejszeniu powierzchni wyciowanej pochwy, czyli na zwężeniu pochwy, i b) na przywróceniu domykalności sromu, czyli na wytworzeniu silnej podpory w międzykroczu.

a) Zmniejszenie powierzchni pochwy odnosi się głównie do ściany przodkowej, a rzadziej i tylnej i polega na wycięciu z błony śluzowej stósownej wielkości kawałka owalnego i na następnym zeszcyciu (*Colpo — vel Elytrorrhaphia anterior*).

W ułożeniu grzbietowo-pośladkowym, chorej uspiionej, ściągamy kleszczykami macicę, tak, aby przodkowa ściana pochwy zupełnie się wyciowała.

Długość owalu (o półostrym kącie górnym i dolnym), który ma być wyciętym z błony śluzowej, oznaczoną jest przez odległość zmarszczek cebulki moczowej, przed którymi ma leżeć kąt górny, a dolny na granicy wargi przodkowej. Szerokość zaś zależną jest od wielkości przodkowej powierzchni ściany pochwy. Aby odświeżona powierzchnia nie wypadła za małą, lub za wielką, najlepiej dwoma haczykami ujmować przeciwległe boczne punkty i przez przysuwanie ich przekonać się, czy fałdy schodzą się z sobą, pamiętając o tem, że łatwiej się zejda, gdy płat zostanie odjętym.

Oznaczając naprzód owal przez płytkie cięcia w całości, pogłębiamy je następnie. aby przeciąć całą grubość błony śluzowej, poczem ujawszy dolny kąt kleszczykami haczykowemi (*Krallenpincette*), odpreparowujemy go od podstawy krótkimi cięciami i w ten sposób postępujemy z całym brzegiem jednej strony. Dalsze preparowanie najszybciej i najrówniej da się wykonać, pociągając silnie kleszczykami lub palcami za część odłączoną, aby ją więcej odłuszczać niż odcinać, przyczem nożykiem dopomagamy, prawie na tępo, odpreparowaniu. Po odłączeniu jednej strony, postępujemy tak samo po drugiej stronie, aby środek zostawić na koniec, gdyż w ten sposób unikamy zbytniego drażenia w głąb. Podwiązywania krwawiących naczyń najlepiej unikać, a silnie krwawiące tymczasowo ująć kleszczykami.

Schröder łączy wycięcie owalu ze zmniejszeniem objętości części pochwowej w ten sposób, że z przodkowej wargi wycina głębokimi klin, przez co dolny kąt owalu przypada na samym brzegu przodkowej wargi.

Do spojenia utworzonej rany najstósowniejszym jest ciągły szew piętrowy z *Juniperus*-katgutem (str. 79), gdyż umożliwia na pewno najdoskonalszy rychłozrost, nawet nierównych powierzchni.

Wycięcie owalu można sobie znacznie skrócić i ułatwić, jeżeli zamiast preparowania płatu, ujmujemy fałd w szczypczyki Hegara lub w kłamerkę podaną przez Chersona lub F. Rosenthala<sup>1)</sup> i fałd ujęty nad szczypczykami obetniemy, a pod nimi założymy szwy. Niebezpieczeństwo może polegać na ujęciu pęcherza w szew, czego można uniknąć wysunawszy, zapomocą grubego cewnika, ile możności pęcherz ku górze i podczas gdy igła jeszcze tkwi w brzegach, kontrolując zgłębnikiem od pęcherza, czy igła nie da się wybadać.

Jeżeli tylna ściana pochwy, bardzo gruba, tworzy po odprowadzeniu obwisły fałd, można ją podobnie zwęzić wycięciem takiego samego owalu (*Colpo-vel Elytrorrhaphia posterior*). Zwykle jednak zmniejszenie powierzchni tylnej ściany łączymy z zabiegiem mającym na celu przywrócenie lub przedłużenie międzykrocza.

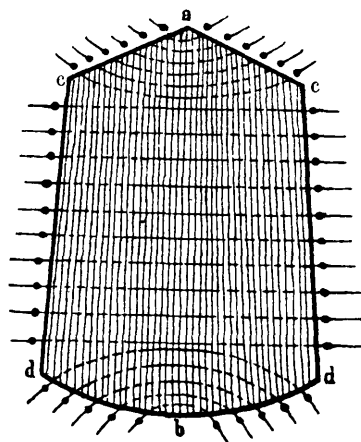


Fig. 99.

Odswieżenie sposobem Simona.

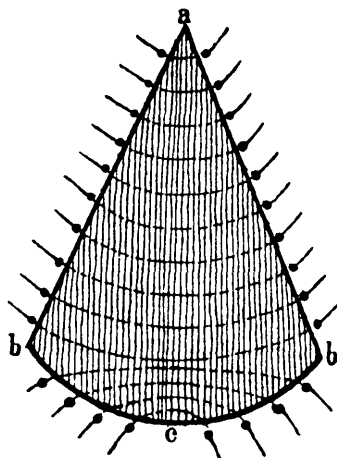


Fig. 100.

Odswieżenie sposobem Hegara.

b) Wytworzenie silnej przegrody pochwowo-odbytnicowej i międzykrocza (*Colpoperineorrhaphia*). Twórcą metody, która ma na celu utworzenie podpory dla macicy w kształcie silnej blizny, sięgającej aż pod część pochwową i przywrócenia stóśunków anatomicznych dna miednicy jest Simon. Podał on sposób odswieżenia tylnej ściany pochwy, w postaci pięcioboku (Fig.

<sup>1)</sup> Pamiętnik Tow. lek. Warszawskiego 1886. Zeszyt I. str. 200.

99), którego szczyt przypada w tylnym sklepieniu, tuż poniżej części pochwowej, a podstawa łukowata na granicy błony śluzowej pochwy i skóry międzykrocza. Gdy jednak boczne części pochwy tuż poza wejściem pochwowem najmniej są podatne, może napięcie w tym miejscu być za wielkiem.

Dlatego też sposób odświeżenia podany przez Hegara (Fig. 100) jest jeszcze w najpowszechniejszym użyciu pomimo usiłowań stworzenia czegoś lepszego. Wielkość trójkąta zawisła od wielkości obrzęku, jaki tworzy wycinowana pochwa. W przypadkach lżejszych wystarczy zatem wysokość 7 cm., a podstawa 6 — 7 cm., gdy w innych dochodzi wysokość do 9 cm., a podstawa do 8 cm. Hegar i to uwzględnia, aby u chorych, które pracować muszą, odświeżenie zrobić większem.

Aby uzyskać zupełną symetryczność boków trójkąta, radzi Hegar ująć w kleszczyki błonę śluzową pochwy w miejscu, gdzie ma wypaść szczyt i naciągnąć ku górze, przez co odznaczają się fałdami boki trójkąta. Jeżeli te fałdy nie są równe, należy inne miejsce ująć w kleszczyki i dopóty próbować, dopóki równych fałdów nie otrzymamy. Fałdy te będą bokami trójkąta, mającego się odświeżyć.

Odpreparowanie płatu ściany tylnej jest o wiele trudniejszym z powodu licznych zmarszczek dolnej części błony śluzowej i ściślej-szego połączenia jej z podstawą, a krwawienie bywa często znaczne. Jeżeli międzykrocze jest całe, to najczęściej brzeg jego (*Frenulum*) bywa do najwyższego stopnia ścięczałym i wówczas poleca się przedłużenie odświeżenia aż na skórę międzykrocza.

W przypadkach, w których istnieje przedarcie międzykrocza, a opad nie jest zupełnym i tylna ściana niezbyt wiotka, można, po zwięźeniu przodkowej ściany pochwy, wykonać z korzyścią i większą o wiele łatwością utworzenie międzykrocza płatową metodą Lawson-Taita (str. 78).

Schröder odświeża płat bardzo szeroko, a znaczne napięcie stara się zmniejszyć, nadając brzegom trójkąta kształt wklęsły. Pomimo to jednak napięcie brzegów bywa bardzo znacznem i odpreparowanie płatu utrudnionem.

Bischoff podał sposób, mający na celu utworzenie silnego załamania tylnej ściany pochwy poza wejściem pochwowem, które stanowi oparcie dla macicy. Odświeżeniu nadaje on kształt jak w Fig. 101, w której a. c. a. jest płatem utworzonym przez *columnae rugarum*, który się odpreparowuje ku górze, poczem brzegi odświeżonych powierzchni (które zajmują częściowo małe i wielkie wargi) ab, zeszywa z brzegami płatu ac, a międzykrocze przedłuża się po złączeniu ze sobą brzegów, bd.

A. Martin, wychodząc z tej zasady, że *columna rugarum* jest najsilniejszą naturalną podstawą pochwy, poleca zupełne zachowanie tej podstawy i wycina naprzód tuż przy niej dwa równoległe paski z błony śluzowej (Fig. 102. 1, 2, 3, 4 i 1, 2, 3, 4), których brzegi zeszywa ze sobą (1, 2, z 3, 4), poczem odcina dolną część *columna rugarum* poprzecznie (1, 1) i odpreparowuje płat tego kształ-

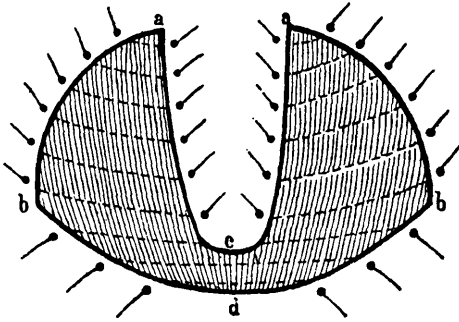


Fig. 101.

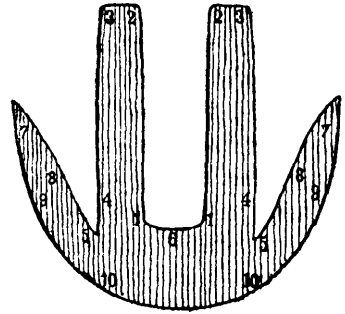


Fig. 102.

Odświeżenie sposobem Bischoffa.

Odświeżenie sposobem A. Martin a.

tu, co 5, 6, 7, 8, 9, 10 i 5, 6, 7, 8, 9, 10. Następnie zeszywa ze sobą odświeżone powierzchnie, przez co powstaje figura zeszyca, podobna do figury 27, (po odświeżeniu i zeszyciu sposobem Freunda), a z powodu znacznego rozszerzenia odświeżenia na skórę międzykrocza, *columna rugarum* zostaje znacznie ku pochwie wsuniętą.

Fritsch unika napięcia przez załamane boków trójkąta Hegara (Fig. 103) a raczej pięcioboku Simona, lub nadając im kształt wklęsły.

Winckel wycina błonę śluzową poza wejściem pochwowym w postaci okrężnego na 2 — 2½ cm. szerokiego pasa, którego długość po obu stronach dochodzi do 6 cm., lecz części odpreparowanego płatu pozostawia przy obu końcach pasa, poczem przeciwległe powierzchnie zeszywa ze sobą, a pozostawione części płatu służą do utworzenia nakrycia części rany od góry. Pomija on zatem utworzenie szerokiego międzykrocza i zadawala się zwężeniem pochwy, które poleca u kobiet młodych, mających jeszcze rodzić.

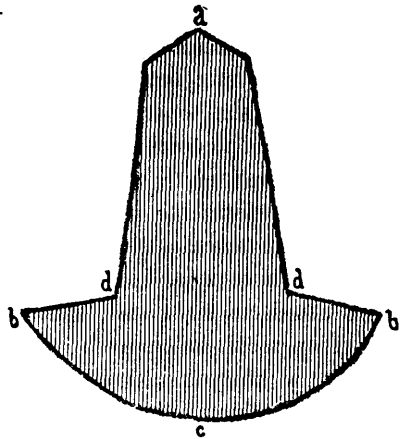


Fig. 103.

Sposób odświeżenia Fritscha.

Wycina się w środku ściany przedkowej i tylnej odpowiednich powierzchni, które ze sobą zeszywają, tak, że z boków, po obu stronach zrostu, powstają wązkie wolne miejsca dla odpływu wydzielin.



W ostatnich czasach zarzucił Fritsch<sup>1)</sup> metodę Hegara, podnosząc zalety sposobu operowania Franka, w którym, w celu zmniejszenia pojemności pochwy nie ona ze swego utkania nie traci. Sposób ten polega na cięciu poprzecznym międzykrocza, wkłesłem ku przodowi, i tępej odpreparowaniu pochwy od odbytnicy w wysokości do 8 cm., poczem całą poprzeczną ranę w głębi zeszywa się w kierunku prostym, (prawą stronę z lewą) zagubionymi szwami katgutowymi i tak samo ranę-międzykrocza. Przez spojenie zatem utkania, poprzecznie rozdzielonego, w kierunku prostym, powstaje wzdłuż pochwy fałd tylnej ściany (grzebień) posiadający do 4 cm. wysokości, a międzykrocze utworzone wynosi 7 — 8 cm.

Leczenie pooperacyjne jest bardzo uproszczone. Wstrzykiwania zalecamy tylko w razach znacznej wydzieliny z pochwy lub gorączki. Szwów katgutowych wcale wyjmować nie potrzeba, niciane potrzeba po tygodniu usunąć, a drut lub *fil de florence* mogą z korzyścią pozostać i przez dwa tygodnie, jeżeli brzegów nie przecięły. Dla uniknięcia ropienia w miejscu szwów, (które zresztą może się tylko przyczynić do wzmocnienia blizny), najlepiej zasypywać brzegi spojenia dwa razy dziennie dermatolem. Aby uniknąć zanieczyszczenia i zamoczenia powierzchni spojenia poleca się odprowadzanie moczu cewnikiem przez tydzień.

Skutki leczenia operacyjnego opadu macicy i wycisowania pochwy zawisły nie tylko od dobrego wykonania operacji, lecz i od warunków, w jakich operowane później żyją. Nie ulega też wątpliwości, że opad może powrócić pomimo operacji całkiem dobrze wykonanej, na co wpływać może wiele okoliczności niekorzystnych, a mianowicie: takie zwiotczenie i zanik mięśni dna miednicy że, pomimo operacji, nie tworzą one dostatecznej podpory, a następnie złe warunki w jakich chore żyją, konieczność oddawania się ciężkiej pracy i zupełne usunięcie się z pod kontroli lekarskiej. Cohn<sup>2)</sup>, zestawiając wyniki operacji dokonanych przez Schrödera, podaje 21% przypadków, w których, jakkolwiek pierwotnie zupełnie uleczonych, opad powrócił skutkiem niestosownego zachowania się. Dlatego też nie można stanowczo twierdzić, aby operacja zupełnie uwalniała chore od noszenia krążka. Przeciwnie zaleca się, dla ostrożności, noszenie krążka ile możliwości małego, przez czas dłuższy po operacji lub ciągle, o czem należy chore przed operacją uprzedzić, aby nie sądziły, że

<sup>1)</sup> l. c. str. 128. — <sup>2)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* 1887. T. XIV.

wynik operacji jest chybionym. U chorych cierpiących na nawykowe zaparcie stolca należy je przedewszystkiem usuwać.

Śmierć skutkiem operacji jest o tyle rzadszą, o ile nie zaniedbuje się nawet najdrobniejszych szczegółów aseptyki. Hegar na 160 operowanych utracił dwie na posocznicę, a Schröder ze 105 chorych dwie z bezpośrednich skutków operacji.

Porody odbywają się po operacjach dobrze, a z pomiędzy 11 chorych Hegara, które rodziły, nastąpiła u dwóch recydywa opadu.

3. Skrócenie tylnych więzów macicy jako mające zastąpić operacje dopiero co opisane, wykonał Freund (str. 271) a obecnie zwrócone są usiłowania do leczenia opadu macicy i wycisowania pochwy, albo przez wysokie przysycie dna macicy do ściany brzusznej, blisko pępka (*Ventrofixatio*) (str. 269), albo przez skrócenie więzów okrągłych sposobem Alexandra (str. 268). Wyniki dotychczasowe, z powodu małej rękjmi stałości, nie są zachęcające.

### **Wycisowanie macicy. Inversio uteri.**

Wycisowaniem nazywamy taką zmianę wzajemnego stosunku ścian macicy, że jej powierzchnia wewnętrzna, t. j. powierzchnia błony śluzowej, staje się zewnętrzną, a położenie w ten sposób odwrotnem, iż dno wycisowanej macicy znajduje się nisko w pochwie, szyja zaś wyżej.

**Przyczyny** wywołujące ten stan, działają albo na macicę połogową, zatem tuż po porodzie, lub niepołogową. Mówiąc o wycisowaniu macicy, mamy zawsze na myśli zaniedbane, czyli przewłoczne wycisowanie połogowe, gdyż ono jedynie stanowi samoistny obraz chorobowy, podczas gdy wycisowanie następowe, skutkiem nowotworów, jest objawem ubocznym.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, jak silnie można ręką uciskać macicę w trzecim okresie porodowym lub po nim, bez wszelkiej obawy wycisowania. Wiadomo także jak silnie często akuszerki ciągną za pępowinę, w celu przyspieszenia wyparcia łożyska, tak, że ją odrywają, a mimo to wycisowanie nie następuje. Jakkolwiek zatem wycisowanie macicy najczęściej powstaje skutkiem silnego uciskania dna od zewnątrz, lub pociągania od wewnątrz, to jednak koniecznym jest istnienie równoczesne dwóch warunków, które na szczęście chorych, pozbawionych umiejętnej opieki, rzadko się schodzą. Warunkami tymi są: znaczna wiotkość i cienkość ścian, czyli porażenie chwilowe, obok wiotkości i znacznego rozszerzenia szyi macicznej. Hennig podnosi jeszcze, jako ważny warunek powstania wycisowania, uczipienie łożyska w samym dniu macicy.

Lecz i bez ucisku od zewnątrz lub pociągania od wewnątrz, może nastąpić wycicowanie, jakkolwiek o wiele rzadziej. Macica, należycie się kurcząca ma dążność zwiększania swej wypukłości i to samo, nawet nieuwzględniając znacznego zgrubienia mięśnia w stanie skurczu będącego, skutecznie zapobiega wycicowaniu. Odwrotnie znowu macica porażona, o ścianach wiotkich, cienkich, okazuje skłonność w pewnych warunkach do zapadania się dna ku środkowi. Jak łatwo porażona macica może się wycicować, przekonać się można, wykonując cięcie cesarskie na zwłokach (K. Braun<sup>1)</sup>, a najlepiej uwidoczniają to przypadki, w których nastąpiło wycicowanie po śmierci równocześnie z wyparciem dziecka następującej (Reimann<sup>2)</sup>). Jeżeli zatem wyparcie dziecka nastąpi bardzo szybko, a macica popadnie w chwilowy bezwład i nie zdąży szybkim skurczem zastósować się do odmiennych stosunków wypełnienia, to samo działanie tłoczni brzusznej jest tym czynnikiem, pod którego wpływem może nastąpić wycicowanie samoistne. Tak samo może się to wydarzyć nie bezpośrednio po porodzie, jeżeli macica zostanie znacznie wypełnioną i rozszerzoną krwią, zatem skrzepami i nagle biernie wypróżnioną przez działanie tłoczni brzusznej, towarzyszące kaszlowi, wymiotom lub mocnemu parciu.

Wycicowanie może nie nastąpić odrazu, lecz w ten sposób, że porażona górna część macicy zapada się ku jamie, aż do ujścia wewnętrznego, lub niżej nawet, a dopiero kurcząca się część dolna chwyta ją i wypycha ku pochwie, tak, jak przedmiot ślizgi, wysuwający się z kurczącego się pierścienia. Tak samo przypuszczać można, że ten sam skurcz przeszkadzać może wycicowaniu i umożliwić samoistne odnicowanie.

Jeżeli wycicowanie połogowe, świeżo powstałe, nie zostanie odrazu rozpoznane i odnicowane, co się zwykle tuż po porodzie łatwo udaje, to położnica albo ginie skutkiem gwałtownego krwotoku, albo też, jeżeli część niewycicowana szyi obciśnie się kurczowo naokoło części wycicowanej, może nawet krwotoku nie być, lecz chore łatwo ulegają bezpośredniemu zakażeniu lub sprawom zapalnym, lub też, jeżeli i to nie nastąpi, macica zwiija się w tem położeniu i wówczas mamy do czynienia z wycicowaniem zaniedbanem czyli przewłocznem.

Jeżeli uwzględnimy warunki potrzebne do powstania wycicowania po porodzie i warunki, które są konieczne, aby chora nie zginęła z bezpośrednich lub pośrednich skutków tego stanu, to nie będziemy się dziwić, że zaniedbane wycicowanie bywa tak rzadko przedmiotem leczenia.

Drugą przyczyną powstania wycicowania, bywają nowotwory dna macicy, szczególnie mięśniowłókniki (*Fibromyomata*), które wzra-

<sup>1)</sup> *Lehrbuch der ges. Gyn.* 1881. — <sup>2)</sup> *Ueber Geburten, nach dem Tode der Mutter. Archiv. f. Gyn.*, T. XI.

stając w jamę macicy, rozszerzają powoli szyję, i dostając się skurczami macicy na zewnątrz, pociągają za sobą i wycinują jej dno, lub ścianę. Nie bywają to zazwyczaj ukłaje włókniakowe — (*Polypi fibrosi*) o wybitnej szypułce, które tę zmianę wywołują, lecz zwykle obrzęki szeroko osadzone na ścianie wewnętrznej macicy lub nawet śródmiaższowe. Scanzoni i Veit podają jako przyczynę powstania stłuszczenie mięszu macicy i zanik mięśni w otoczeniu nowotworu. W każdym razie potrzebnym do powstania warunkiem, jest zwiotczenie ścian i rozszerzenie jamy. Tłómaczenie powstania jest łatwiejszem, gdy chodzi o większy obrzęk; lecz wycinowanie wydarza się i z powodu włókniaków małych rozmiarów.

Wycinowanie może także nastąpić po wyłuszczeniu obrzęku z ściany macicy z powodu ścieńczenia jej, lub też powstaje dopiero skutkiem silniejszego pociągania za obrzęk, który chcemy wyłuszczyć.

**Anatomia patologiczna.** W wycinowaniu macicy różniamy trzy stopnie: stopień pierwszy polega na miseczkowatym zakłknięciu dna ku jamie macicy (*Depressio fundi*), jako stopień drugi uważamy stan, gdy wycinowane dno występuje przez ujście zewnętrzne do pochwy, z utrzymaniem dolnej części szyi niewycinowanej (*Inversio incompleta*), a jako stopień trzeci, gdy cała macica i szyja są wycinowane (*I. completa*) tak, że tylko ujście zewnętrzne tworzy dokoła wązki rąbek, który się także zupełnie wycina przy pociąganiu za ciało macicy. Zupełne to wycinowanie wydarza się tylko wówczas, gdy po wycinowaniu macicy, powstanie następowo i wycinowanie pochwy (*Inversio uteri et inversio vaginac completa*).

W wycinowaniu drugiego stopnia, które najczęściej się wydarza, macica tworzy w pochwie obrzęk, wielkości od dużego orzecha włoskiego do pięści, stósownie do okresu trwania i stopnia wywinęcia, kształtu kulistego lub wydłużonego, miękki, sprężysty lub twar-

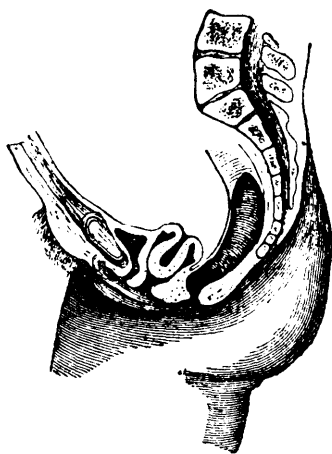


Fig. 104.

Wycinowanie macicy drugiego stopnia.  
Podług Schrödera.

dy, przechodzący ku górze w część czasem wyraźnie, a czasem niewyraźnie zwązającą się w kształt grubej szypułki, wchodzącej przez otaczające je ujście w szyję maciczną, która tworzy na około niej szeroką lub węższą obrączkę, stósownie do tego, w jakim stopniu szyja bierze udział w wycisowaniu. W ogóle długość niewycisowanej części szyi rzadko przenosi 1 cm. i bywa większą z przodu niż z tyłu.

Powierzchnia wycisowanej macicy okazuje cechujące, czerwono-sine zabarwienie i bywa gładką lub pagórkowatą, miejscami pokrytą skrzepłą krwią i łatwo brocząca. Ruge podnosi, że na obrzuku wybadać można maciczne ujścia trąbek, jako zagłębienia trójkątne lub kształtu litery T, czego w trzech przypadkach, które widziałem, nie mogłem sprawdzić.

Badanie mikroskopowe wycisowanej błony śluzowej wykazuje podług Rugego znaczne jej ścięczenie lub brak zupełny w miejscach największego napięcia w okolicy dna, a miejsca te sprawą zapalną zmienione są w utkanie ziarninowe. Przewody gruczołowe zanikają powierzchownie, gdy w głębi bujają często aż w warstwę mięsną. Przy dłuższem trwaniu wycisowania powierzchnia błony śluzowej może się pokryć wielowarstwowym przybłonkiem brukowym.

Jeżeli na zwłokach kobiet okazujących wycisowanie macicy patrzemy od jamy brzusznej ku jamie miednicy, to dostrzeżemy w miednicy lejkowate zagłębienie (*Inversionstrichter*), w którego otwór ciasny, bo mający  $\frac{1}{2}$  cm. średnicy z obu stron wchodzi więzy szerokie, okrągłe i jajnikowe. Sprawami zapalnymi otwór lejka może być jeszcze więcej zaciśniętym, lub też może zupełnie zarósć.

W świeżych przypadkach połogowych macica wycisowana zawiera stale i jajniki, a przypadkowo pętle kiszek lub sieć (*Omentum*), lecz w miarę zwijania się macicy ustępują one z niej napowrót.

**Objawy i przebieg.** Głównymi objawami wycisowania są obfite krwotoki, a w czasie od nich wolnym upławy ciągłe wodnisto surowicze lub śluzowe. Krwotoki występują jako bardzo zwiększone i długo trwające krwawienia miesięczkowe (*Menorrhagiae*), jakoteż i krwawienia poza okresem miesięczkowym wywołane ruchami, zmęczeniem, parciem na stolec, spółkowaniem i t. d. Rychło powiększa się też niedokrewność, mająca początek już w utracie krwi po porodzie, i dosięga najwyższego stopnia, tak, że uderzająco blade wejście tych chorych, brak właściwego zabarwienia warg i niedokrewność przystępnych badaniu błon śluzowych w tym stopniu, wy-

darzają się tylko w razach wyciowania macicy i ukleju włóknikowego.

Wyciowaniu towarzyszy zawsze silne parcie ku dołowi i bóle w krzyżach i dolnej części brzucha. Znaczniejsze utrudnienia w oddawaniu moczu występują przy wyciowaniu znacznej części szyi macicznej.

Objawy wyciowania skutkiem włókników mniej są wybitnymi. Krwotoki, które już poprzednio z powodu nowotworu istniały, zwiększają się jeszcze, jakoteż wydzielina obfita w czasie od nich wolnym.

Bywają jednak przypadki wyciowania bez krwotoków i to prawdopodobnie wówczas, gdy wyciowanie nastąpi w okresie blizkim wieku zwrotu płciowego (*Climax*). West i Späth podają brak krwotoków w czasie karmienia, występujących znowu po odstawieniu. Jeżeli opisane objawy po jakimś czasie trwania zmniejszyły się znacznie lub ustąpiły, to występują z dawną gwałtownością, jeżeli wyciowana macica wypada. Silne wsznurowanie skurczowe szyi naokoło ciała wyciowanej macicy może wywołać zgorzel, której niekiedy, z powodu niedostatecznego odżywienia, podlegają i włókniki będące przyczyną wyciowania.

**Rozpoznanie** zadawnionego wyciowania połogowego zazwyczaj nie jest trudnem, ale tylko jeżeli się posiada taką wprawę w myśleniu, że się tak wyrażę, ginekologicznem, że wobec obrazów chorobowych, podobnych do wyciowania, nie zapomina się o jego możebności. Podobieństwo bowiem ukleju włóknikowego, który grubszą szypułką wchodzi w szyję, jest bardzo wielkiem. Jeżeli jednak myśli się o tem, aby tych stanów nie pomieszać ze sobą i nie zaniedbuje się żadnego ze sposobów badania służącego do wyjaśnienia rzeczywistego stanu rzeczy, to pomyłka jest prawie niemożliwą.

Wyciowanie cechuje się tem, że węższa część macicy, czyli wrzekoma szypułka nie wchodzi głęboko w szyję, lecz ze wszystkich stron otoczona jest ślepo zakończoną głębszą lub płytszą rynienką, będącą granicą wyciowania się szyi i przechodzącą bezpośrednio w część niewyciowaną. Jeżeli zatem wybadamy palcem granicę wyciowania i do koła ją obejdziemy, to do rozpoznania wystarcza ten objaw sam przez się. Jeżeli szyja macicy jest tak długą, że palec nie dosięga do dna rynienki, to wyciowanie szyi powstające za pociąganiem macicy, także upewnia rozpoznanie (Veit-Scanzoni).

Badanie sondą rozstrzyga, że mamy do czynienia z ukłejem włókniakowym, gdy sonda przez ujście da się wsunąć na 6 — 7 cm. głęboko. Niemożebność zaś wsunięcia jej nie ma tak wielkiej wartości rozpoznawczej, albowiem znaczne przeszkody sondowania mogą się wydarzać i w przypadkach włókniaka.

Następnie należy uwzględnić cechy samego obrzęku, o czym się przekonywamy przez dotykanie i oglądanie. Że wyciowana macica jest w porównaniu z włókniakiem miękka, może być uważana za cechę częstą, lecz nie stałą, gdyż z jednej strony bywają włókniaki uderzającej miękkości, a z drugiej bardzo zadawnione wyciowanie może posiadać twardość włókniaka.

Badanie wzornikiem wykazuje cechujące zabarwienie sino-czerwone, a wyszukanie ujścia jednej lub obu trąbek jest cechą rozstrzygającą, lecz rzadko się udaje.

Przez badanie oburęczne możemy nawet w trudnych przypadkach uzyskać niezbite cechy wyciowania. Tu zaleca się badanie oburęczne przez odbytnicę i powłoki brzuszne i to w razie potrzeby w narkozie. Dwoma palcami wysoko w odbytnicę wsuniętymi i ręką drugą wgniatającą powłoki brzuszne, możemy przekonać się albo o istnieniu macicy we właściwym miejscu, albo też o tem, iż ona się tam nie znajduje, a wówczas możemy wy badać opisany lejek i wchodzące w niego więzadła postronkowe.

Wyciowanie z powodu włókniaków o wiele częściej było i bywa jeszcze przedmiotem nieszczęśliwych pomyłek z tego powodu, że część znajdująca się poza kulistym lub guzowatym obrzękiem uważa się za szypułkę obrzęku i przecina ją, poczem dopiero przekonać się można po powłoce otrzewnowej, że domniemaną szypułką jest ściana macicy. Od takich pomyłek i tu chroni dokładne wy badanie tak stósunku wrzekomej szypułki do szyi macicznej, jakoteż badanie oburęczne, a w końcu znaczne różnice zabarwienia obrzęku od wyciowanej macicy, większej zbitości utkania włókniakowego nowotworu i fałd, którym często, szczególnie małe włókniaki, odgarniczają się od ściany macicy. Niebezpieczeństwo odcięcia wraz z obrzękiem części wyciowanej macicy bywa jeszcze większem, gdy istnieje częściowe wyciowanie nie w dnie, lecz w boku macicy, i to już poprzednio istniejące lub sprawione przez silne pociąganie w celu wysokiego przecięcia szypułki. Dlatego też poleca się tępe operowanie włókniaków umieszczonych na szerszej podstawie.

Jeżeli włókniak jest tak dużym, że całą pochwę wypełnia i uniemożliwia badanie wysoko przez pochwę i badanie oburęczne, poleca się okrojenie nowotworu w obwodzie i tępe wyłuszczenie.

**Rokowanie** ze względu na wyniszczające krwotoki, często wydzierającą się niemożebność naprawy położenia, i ewentualną konieczność amputacyi, musi być zawsze wątpliwem.

**Leczenie** zapobiegawcze polega na umiejętnem czuwaniu nad przebiegiem trzeciego okresu porodowego i tuż po nim następującego okresu połogu, oraz na odnicowaniu świeżo powstałego wycicowania i przysparzaniu kureczenia się macicy przez gorące wstrzykiwania i podanie sporyszu wewnątrznie lub podskórnie. Jak ważną rzeczą jest czwanie nad wspomnianymi okresami, dowodzi ta okoliczność, że na 250.000 porodów, z klinik wiedeńskich, nie było ani jednego przypadku wycicowania macicy.

Leczenie właściwe polega na przywróceniu prawidłowych stosunków przez odnicowanie macicy (*Reinversio uteri*).

Odnicowanie samodzielne (*Reinversio spontanea*) wydarza się nader rzadko, a najwiarogodniejszy przypadek podał Spiegelberg u chorej, która w celu okazania jej uczniom leżała przez dwa tygodnie w jego klinice bez leczenia i w tym czasie dostała silnej biegunki, poczem badanie wykazało zupełny brak wycicowania. Schatz tłumaczy sprawę, która się odbyła, w ten sposób, że w czasie spokojnego leżenia macica podniosła się w górę, przez co więzadła w lejek wchodzące skróciły się, a w czasie silnego parcia, towarzyszącego biegunce, ucisk śródbrzuszny spychał szyję ku dołowi, podczas gdy skrócone więzadła nie dozwalały ciału macicy obniżyć się, czyli pociągały za nie i skutkiem tej wspólnej czynności nastąpiło odnicowanie.

Nie ma zbroczenia, w któremby warunki indywidualne były tak różnorodne, jak w wycicowaniu macicy. Dlatego też i sposoby podawane w celu usunięcia go są liczne, a w przypadkach trudnych należy nietylko wszystkich próbować, lecz i umieć je zastosować lub modyfikować w miarę danych okoliczności, gdyż przy obopólnej cierpliwości może się udać odnicowanie nawet w przypadkach, w których o niem zupełnie wątpiono.

Trwanie wycicowania nie zawsze pozostaje w prostym stosunku do łatwości lub trudności odnicowania, gdyż zdarzają się przypadki dość świeże, w których było ono niemożebnem, natomiast udało się w innych bardzo zadawnionych. Beigel odnicował wycicowanie trwające lat 9, Noeggerath 13, a White 15 i 30 lat.

Odnicowanie macicy wykonywamy albo ręcznie, albo też za pomocą trwałego i stopniowo zwiększającego się ucisku hydrostaty-



cznego, t. j. zapomocą balonu gumowego, czyli kolpeuryntera, wypełnionego wodą. Tego podziału nie rozumiemy jednak w ten sposób, aby użycie jednego lub drugiego sposobu było dowolne, lecz dopiero gdy się odnicowanie ręczne nie udaje, używamy drugiego lub kombinujemy oba sposoby ze sobą.

Do ręcznego odnicowania należy chora, która poprzednio kilka dni leżała w łóżku, po wypróżnieniu kiszek i pęcherza i po dokładnem odrażeniu pochwy i sromu, zupełnie usnąć. W ułożeniu grzbietowo-pośladkowym wprowadzamy dwa lub trzy palce prawej ręki w pochwę i staramy się nimi, bez użycia znacznej siły, wepchnąć podniesione dno w szyję maciczną, którą ręka lewa, od powłok brzusznych działająca, przytrzymuje i równocześnie spycha ku dołowi. Podniesienie wycnicowanego dna aż do wysokości ujścia zewnętrznego bywa często łatwym, a trudności odprowadzenia rozpoczynają się dopiero od tego miejsca, tak, że odnicowanie przy pierwszej próbie prawie się nigdy nie udaje.

Kiwisch i Noeggerath zalecają rozpocząć odnicowanie nie od dna, lecz naprzód od okolicy jednej trąbki, a następnie drugiej. Winckel radzi poprzedzić próbę odnicowania mięsieniem ciała macicy i pociąganiem na przemian z wpychaniem celem zwiększenia ruchomości odgiętej szyi. Emmet poleca wpychanie dna z równoczesnem rozszerzaniem szyi w ten sposób, że całą rękę wsuwamy w pochwę i ujmujemy macicę w dłoń, a końce palców rozstawiamy kolisto w rynience szyi i podczas podnoszenia dna w górę, rozszerzamy szyję. Gdy zaś dno znajduje się już ponad ujściem, wpychają je palce wyżej, druga zaś ręka od samego początku spycha szyję od zewnątrz ku dołowi. Jeżeli zaś dno macicy nie da się zupełnie odnicować, to Emmet utrzymuje je ponad ujściem, zaciskając je szwem drutowym. Freund przeciąga przez wargi maciczne paski jedwabne, którymi przytrzymuje obrączkę szyi w czasie próby odnicowania, a Schröder skutecznie to zapomocą 4-ch rozstawionych dokoła kleszczyków Museux'a. Sims, w celu zmniejszenia obrzęku wykonywał trzy głębsze, podłużne nacięcia macicy w celu przecięcia jej mięśni okrężnych, a Barnes nacina ujście zewnętrzne.

Licznych przyrządów podawanych do odnicowania j. t. prętów lub sprężyn, zaopatrzonych kulką lub wklęsłością miseczkową, służącą do ujęcia dna (White), nie należy używać jako niebezpiecznych.

Ucisku hydrostatycznego, działającego trwale i stopniowanego, użyli pierwsi, w celu odnicowania macicy, Taylor-Smith (1858),

West (1859), Braxton-Hicks (1872) i Barnes (1873), a obecnie sposób ten jest uważanym za najracjonalniejszy i najskuteczniejszy i należy go zaraz użyć, gdy pierwsza próba odnicowania ręcznego, jak zwykle, zawiedzie.

W tym celu używamy kolpeuryntera, wielkości zastosowanej do pojemności pochwy, wsuwamy go (poprzednio wymyty wodą sublimatową i pomazany aseptyczną maścią) w pochwę, a następnie wypełniamy letnią wodą, tak, aby napięcie było dość znacznem. Jeżeli badanie palcem wprowadzonym obok kolpeuryntera wykazuje, że wyciwna macica przyciśnięta jest do ściany pochwy, jak to miało miejsce w moim<sup>1)</sup> przypadku uleczonym kolpeurynterem, wówczas działanie jego na macicę jest niewłaściwem, gdyż nie w kierunku otworu szyi i należy to działanie umozębnić przez poprzednie wypełnienie miejsc wolnych, dokoła macicy, gazą jodoformową.

Kolpeurynter powinien stale leżeć w pochwie, a jeżeli go chore dobrze znoszą, wystarcza wypróżnić go raz na dobę, wyjąć, wymyć jak poprzednio, pochwę przestrykać 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> wodą karbolową, lub 0.5<sup>o</sup>/<sub>o</sub> sublimatową i znowu założyć go, wypełniając większą ilością wody. W moim przypadku największe wypełnienie doszło do 775 cm<sup>3</sup> wody, a kolpeurynter dał się przez powłoki wy badać, jako obrzęk wielkości pół głowy dziecka, sterczący nad spojeniem kości łonowych, na którego szczycie sterczał wyrostek utworzony przez lejek, podobnie jak to ma miejsce w przypadkach krwisteku pochwowego (*Hæmatocolpos*). Jeżeli chora to leczenie dobrze znosi i nie gorączkuje (co się często wydarza), można pozostać przy niem kilka lub kilkanaście dni, a nawet kilka tygodni, przerywając je od czasu do czasu próbami odnicowania w narkozie. Jeżeli przytem spostrzemy, że dno macicy daje się podnieść powyżej ujścia zewnętrznego, więcej zaś nie, to należy wypełnić szyję gazą jodoformową, przytrzymywaną kleszczykami, które odejmujemy dopiero po średnim wypełnieniu kolpeuryntera. Najlepiej to uskutecznić, u chorej nieuspionej, w ułożeniu kolanowo-łokciowem. Odnicowanie się macicy pod wpływem kolpeuryntera zapowiada się bardzo gwałtownymi bólami kurczowymi, które po krótszem lub dłuższem trwaniu nagle ustają, a badanie, po wypróżnieniu pochwy, wykazuje zupełne odnicowanie, t. j. brak macicy w pochwie. Badanie wzornikiem nie okazuje przez czas dłuższy wyraźnego odznaczania się części pochwownej, szyja pozostaje roz-

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski rok 1888.

wartą przez dni kilkanaście, jakby porażoną, a wydzielina błony śluzowej jamy macicy bywa obfitą i często ropiastą. W moim przypadku chora od czasu odnicowania macicy t. j. w przeciągu lat 4-ch odbyła dwa prawidłowe porody.

Działanie to kolpeuryntera polega głównie na tem, że rozciąga on jednostajnie pochwę i kolisto szyję maciczną, a zarazem z tą samą siłą uciska dno macicy w kierunku szyi. Kładę tu raz jeszcze nacisk na to, aby ucisk koniecznie w tym kierunku był wywieranym, a nie zostawiony czystemu przypadkowi.

Jakkolwiek systematycznym i wytrwałem postępowaniem możemy, nawet w bardzo wątpliwych przypadkach, dobre osiągnąć wyniki, to jednak wydarzają się wycięcia, które stawiają nieprzewyciężony opór wszystkim zabiegom i to, co rzadziej się wydarza, albo skutkiem zlepow w lejku, albo i bez nich. Jeżeli wówczas istnieją krwotoki zagrażające życiu chorej lub przypadki, czyniące życie niezdolnym, to pozostają nam trzy sposoby postępowania.

1. Jeżeli chora jest bliską okresu zwrotu płciowego staramy się albo środkami ściągającymi i tamponowaniem powstrzymywać każdorazowe krwawienie miesięczne, lub zamienieniem błony śluzowej macicy w bliźnę niekrwawiącą, przez pomazywanie jej środkami żrącymi j. t. *liq. ferri sesquichlor*, *acidum nitricum* lub *muriat. fumans* lub przyżeganiem zapomocą termokauteru Pacquelina.

2. Trzebienie (*Castratio*) w celu wywołania *Climax anticipata* należy uskutecznić u chorych młodszych dla usunięcia krwawień miesięcznych.

Thomas wykonał w dwóch przypadkach laparotomię w celu odnicowania macicy i uskutecznił je wypchaniem od pochwy i pociąganiem od jamy brzusznej. Powiodło mu się to jednak z tak wielkimi trudnościami, a w drugim przypadku z przebicciem pochwy i znacznym krwotokiem, że sposób ten, całkiem słuszenie, nie znalazł naśladowców.

3. Odcięcie wycięwanej macicy (*Amputatio uteri inversi*). Odcięcie to wykonywano w rozmaity sposób, mianowicie: za pomocą podwiązania macicy (*Ligatura*), (Borham), ugniataczem (*Ecraseur*), (M. Clintoek), pętłą galwanokaustyczną (Spiegelberg i C. Braun) i żegadłem Pacquelina (Sp. Wells).

Podwiązanie jest bardzo niebezpiecznem z powodu długiego posoczenia, a odgniecenie macicy z powodu odnicowania się pozostałej części i możebności krwotoku do jamy brzusznej i dlatego oba te sposoby zostały zarzucone. Pętla galwanokaustyczna zbyt szybko prze-

cinająca nie chroni od krwawienia, podczas gdy powolnie działająca może wywołać silny wstrząs nerwowy (Shock) i dlatego najlepiej zaciesnić pętlę powoli z użyciem wielkiego żaru (Kaltenbach).

Spencer Wells, celem uniknięcia odnicowania się pozostałej części szyi, przebił macicę powyżej odjęcia dwiema igłami na krzyż, założył za nimi podwiązkę elastyczną i odjął macicę termokauterem Pacquelina. Igły usunął po 12 — 16 dniach.

Najlepszym sposobem, chociaż trudniejszym od powyżej opisanych, jest odjęcie wycinowanej macicy nożem z następnym obszyciem brzegów.

Aby przeszkodzić odnicowaniu szyi po odcięciu chciano wywołać poprzednio zapalne zlepienie lejka i w tym celu zaciskano wycinowaną macicę poniżej ujścia albo grubym jedwabiem, lub drutem ugniatacza na pewien czas (*Præventionsligatur*); celu jednak nie osiągnięto, gdyż świeże zlepy łatwo się rozlepiły.

Aby pozostała po odcięciu część szyi nie odnicowała się zaraz, potrzeba część macicy ponad miejscem cięcia ustalić. W tym celu przewleka Kaltenbach przez macicę, tuż poniżej ujścia zewnętrznego od przodu ku tyłowi 3 — 4 drutów, zapomocą których tę część przytrzymuje, poczem macicę poniżej odcina nożem i nożyczkami i skręca przeciągnięte druty, starając się o dobre przyleganie brzegów. Sposób ten przeszkadza skutecznie cofnięciu się przeciętych więzów macicznych do jamy brzusznej.

Drutów przewleczonych można także użyć jako szwu chwilowego, jeżeli się je zaprowadza od przodu ku tyłowi i wykłuwa z powrotem od tyłu ku przodowi, a następnie skręca końce. Po odcięciu macicy obszywa się brzegi, ujmując i otrzewną, i usuwa druty.

Schülein zakłada szwy niciane przez obie wargi i macicę, i silnie je zawiązuje, poczem po odcięciu obszywa brzegi, a podwiązana reszta kikuta oddziela się zgorzelinowo.

W przypadkach wycinowania powstałego skutkiem włókniaków lub innych nowotworów należy je naprzód wyłuszczyć, poczem odnicowanie albo dobrowolnie następuje albo też łatwo daje się uskutecznić. Jeżeli nowotwór, który je sprawił, jest złośliwym, należy wówczas wykonać odjęcie jego razem z macicą.

### **Przepuklina maciczna. Hernia uteri. Hysterocele inguinalis et femoralis.**

Macica tylko w nader rzadkich przypadkach tworzy treść przepukliny pachwinowej lub udowej.

**Przyczyny.** W większej części przypadków zdaje się, że naprzód jeden z jajników dostaje się do przepukliny i zbliża do bramy przepuklinowej odpowiedni róg macicy, która, zwiększonym działaniem tłoczni brzusznej, rozszerza ją i wreszcie większa jej część wchodzi w przepuklinę. Jeżeli w przepuklinie znajdzie się macica, a do niej przyklepione kiszki lub sieć, to przypuszczać można, że narządy te, naprzód wchodzące w przepuklinę, pociągnęły za sobą macicę. Przypadki zaś, w których zlepienia takie nie istnieją, tłómaczy Klob w ten sposób, że powolne powiększanie się worka przepuklinowego odbywa się na koszt otrzewny, która tworzy wiaź szeroki macicy, przez co macica zbliża się ku bramie przepuklinowej, a wreszcie bywa w przepuklinę wciągnięta.

Przypadek udowej przepukliny macicy u noworodka, podany przez Cloqueta, tłómaczy się już łatwiej płodowem położeniem macicy ponad miednicą, która w ten sposób tak łatwo jak inne trzewia może się dostać w przepuklinę. Prócz tej przepukliny udowej znany tylko jeden jeszcze przypadek Lallement'a. Przepuklin pachwinowych, które zdają się być częstszymi, znamy 5 przypadków Maret'a, Chopart'a, Lallement'a, Cruveilhier'a i jeden z kliniki Madurowicza<sup>1)</sup>.

**Rozpoznanie** macicy w przepuklinie jest łatwym z obmacania kształtów macicy i stałego znajdowania się jajników i trąbek, oraz z badania przez pochwę, przy którym po części pochwowej i szyi można dosięgnąć aż do bramy przepuklinowej, jak to miało miejsce w przypadku z kliniki Madurowicza.

**Leczenie.** Odprowadzenie macicy z przepukliny jest prawie zawsze niemożliwym mimo prób skombinowanego działania t. j. pociągania za część pochwową, ujętą kleszczykami i równoczesnego odprowadzania (*Taxis*) od zewnątrz.

Pierwszym uleczonym przypadkiem przepukliny macicznej, w którym Bryk wykonał *herniotomię* (radykalną) z wycięciem całego worka przepuklinowego i z zeszcieniem otrzewny, jest przypadek cytowany z kliniki Madurowicza. Postępowanie takie wskazanem jest w każdym przypadku przepukliny macicznej, gdyż pasek przepuklinowy (*Bra-cherium*) nie da się zastósować, a co ważniejsza gdy u kobiet młodszych, zachodzi obawa zastąpienia i uwięźnienia macicy ciężarnej w przepuklinie.

<sup>1)</sup> Bylicki. *Centralblatt für Gynécologie* 1878. Nr. 25.

## Nowotwory macicy.

### Włókniaki macicy. Fibroma. Fibrosis uteri rotundum. Myoma. Fibromyoma. Leiomyoma.

Włókniaki macicy są to nowotwory składające się z tego samego utkania co otaczający je mięsz macicy i rozwijające się w niej jako całkowicie lub w większej części odgraniczone od jej mięszu obrzęki okrągłe (*Fibroma rotundum*).

Zaliczamy je do najczęstszych nowotworów macicy, a wyobrażenie o częstoci pojawiania się ich najlepiej dałoby się osiągnąć przez notowanie włókniaków znajdujących na zwłokach. Liczby jednak w ten sposób otrzymane znaczne przedstawiają różnice. Powszechnie cytowana cyfra Bayleg'o, który podaje, że u kobiet wyżej lat 32 wydarzają się włókniaki 20 razy na 100, jest niewątpliwie przesadzona. Klob podaje, że 40% kobiet okazuje włókniaki po 50 r. życia, podczas gdy Richard w 800 zwłokach kobiet różnego wieku znalazł tylko 7 włókniaków = 0·87%.

**Przyczyny** usiłowano podawać najrozmaitsze i najmniej prawdopodobne. Mimo to przyznać wypada, że nic pewnego w tym kierunku nie wiemy.

Najwięcej może na uwagę zasługuje przyczyna anatomiczna, podana przez Cohnheima, że powstawanie włókniaków odnieść należy do płodowych zarodków rozrostowych (*Wachstumskeime*), które pod wpływem bodźca fizyologicznego, jakim jest zapłodnienie, służą do pomnożenia utkania macicy, a pod wpływem innych bodźców sprawiają rozrost nietypowy, czyli patologiczny.

Przypadki, jakkolwiek odsobnione, dowodzą też, że dziedziczność nie da się zupełnie wykluczyć, albowiem C. Braun i Gusserow przytaczają przypadki włókniaków u matki i córki lub u dwóch sióstr, a Engström<sup>1)</sup> przytacza 3 przypadki u dwóch sióstr i matki, a 1 u trzech sióstr; i ja widziałem też włókniaki u dwóch sióstr. Winkkel posadza wszystkie prawie bodźce, działające bezpośrednio lub pośrednio na macicę, o to, iż stanowią przyczyny powstawania włókniaków, co się ani udowodnić, ani wręcz zaprzeczyć nie da.

Ze względu, że w przypadkach włókniaków znajdujemy bardzo częste zmiany chorobowe w jajnikach, mianowicie tak zw. drobnotrbielowe zwyrodnienie (*Kleincystöse Degeneration*), przypuszcza Hegar

<sup>1)</sup> X. internationaler medicin. Kongress, Berlin. 1890.

związek przyczynowy pomiędzy tem zwyrodnieniem, a powstawaniem włókniaków, na co inni odwrotnie się zapatrują.

Najczęstszy wiek, w którym się włókniaki pojawiają, przypada pomiędzy 30 a 50 rokiem. Poza tym wiekiem, w jednym i w drugim kierunku częstość włókniaków nagle opada, jak tego dowodzą tablice Schrödera, Gusserowa i Winckla, a w tym znowu okresie największa ilość wydarza się około lat 40 (Schorler<sup>1)</sup>.

U mężatek wydarzają się włókniaki stanowczo częściej, gdyż w 77·5% przypadków, w czem prawie zgadzają się zupełnie tablice Schrödera, Schorlera i Leopolda<sup>2)</sup>. Słusznie jednak podnosi Fehling<sup>3)</sup>, że przewaga ta jest tylko pozorna. Jeżeli bowiem uwzględnimy, że w klinikach stósunek mężatek do niezamężnych jest jak 5:1, a w ludności jak 3:1, to częstość pojawiania się włókniaków u zamężnych i niezamężnych co najmniej się wyrówna, lub wypadnie większą u tych ostatnich.

Wpływ porodów nie da się stwierdzić, a niepłodność którą pośadzano o to, iż stanowi przyczynę włókniaków, uważać raczej należy za skutek ich istnienia już, lub też towarzyszących, a może wywołujących je zmian w jajnikach.

**Anatomia patologiczna.** Włókniaki macicy składają się z włókien mięśni gładkich i falisto przebiegających pasm, włókniastej, twardej lub wiotkiej tkanki łącznej, ułożonej pomiędzy pasmami mięśniowemi.

Stósunek obu tych utkań bywa rozmaitym, tak, że raz jedno, drugi raz drugie przeważa. Jeżeli znacznie przeważa utkanie włókniaste, to powstają obrzęki twarde, na przekroju białe, lśniące (*Fibroma*), jeżeli zaś włókniaki złożone są przeważnie z włókien mięsnych, to tworzą obrzęki miększe i na przekroju różowe, (*Myoma*, *White and red fibroid* Anglików). Włókniaki twarde wydarzają się częściej i okazują na przekroju budowę płatkowatą i pagórkowatą z powodu występowania nad powierzchnię pojedynczych miejsc pod wpływem otaczających je pasm włókniastych.

Pierwotnie tworzą włókniaki tylko obraz miejscowego przerostu utkania macicznego, który nie odgranicza się od swego otoczenia, lecz bezpośrednio w nie przechodzi. W miarę dopiero wzrostu staje się widocznem odgraniczenie, utworzone przez wiotką tkankę łączną,

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XI. — <sup>2)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XXXVIII. —

<sup>3)</sup> *X. internationaler medicin. Kongress.* Berlin. 1890.

rodzaj torebki, która albo ze wszystkich stron otacza włókniak, lub odgraniczenie to nie jest zupełnem, tak, że w jednym lub kilku miejscach ciągłość utkania jest jeszcze zachowaną, tworząc rodzaj szypułki śródmiąższowej, która albo całkiem zanika, albo i później się utrzymuje. W pierwszym przypadku włókniak ze wszystkich stron odgraniczony tworzy rodzaj ciała obcego wśród utkania macicy i może być w całości wyłuszczone z swego „gniazda“, którego gładkie ściany utworzone są przez rozepchane i uciśnięte włókna mięśni macicy. Im więcej przeważa włóknista budowa obrzęku, tem zupełniejszym bywa odgraniczenie jego od utkania macicznego.

Wielkość włókniaków bywa rozmaita począwszy od wielkości grochu, aż do obrzęków wypełniających całą jamę brzuszną. W ogóle są to największe obrzęki, jakie ustrój jest w stanie wytworzyć, gdyż Boissarie opisuje włókniak ważący 74, Walter 71, a Binz 64 funty.

Pierwotny rozwój włókniaków rozpoczyna się od obrzmienia pasemek mięsnych, a wzrastanie nastaje przez powiększanie się tych obrzmień i tworzenie nowych w otoczeniu (*Cordes*). Klebs uważa przestwory pomiędzy pochewkami naczyń i przylegającymi włóknami mięsnymi za limfatyczne, a mnożenie się odnosi do mięśni do tych przestworów przylegających. Kleinwächter<sup>1)</sup> wywodzi wzrost od komórek okrągłych wzdłuż naczyń leżących, z których tworzą się komórki wrzecionowate, a Rössger<sup>2)</sup> z warstwy mięsnej tętnic macicznych, i jako dowód podaje bezpośrednie przyleganie włókien mięśniaków do średniej warstwy (*Media*) ścian tętnicznych.

Naczynia krwionośne znajdują się obficie w torebce, lecz w sam miąższ wchodzą zwykle tylko skąpe i cienkie gałązki, tak, że naczynianie włókniaków zwykle się nie udaje. Odnosi się to szczególnie do włókniaków, które ze wszystkich stron odgraniczyły się od utkania, gdyż w włókniakach, tworzących jeszcze częściowo ciągłość z utkaniem macicy, znajdujemy większą obfitość naczyń, które w wielkiej części zanikają po zaniku pasem łączących, czyli szypułki śródmiąższowej.

W wyjątkowych jednak przypadkach rozwój naczyń włókniaka może być tak znacznym, że mamy do czynienia z nowotworem naczyniowym, tak, że pierwotne utkanie włókniakowe tworzy zaledwo cienkie ściany pomiędzy przestworami naczyniowymi. Jamy i jamki naczyniowe, łączące się licznymi otworami ze sobą, wypełnione krwią,

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.* T. IX. — <sup>2)</sup> Tamże T. XVIII.



nadają utkaniu wejrzeńce całkiem gębczaste (*Myoma telangiectodes v. cavernosum*, *Angiomyoma*). Zazwyczaj dotyczy to nie całego włókniaka, lecz części jego i wydarza się najczęściej w włókniakach śródściennych. Leopold<sup>1)</sup> opisuje obrzęk taki wielkości macicy w końcu ciąży, a Ebner<sup>2)</sup> przypadek włókniaka gębczastego, którego jedna z jam zawierała do 10 litrów krwi i łączyła się szczelinami sierpowatemi z innymi jamami. Włókniaki gębczaste posiadają w wysokim stopniu możność zmiany wielkości pod wpływem wypełnienia naczyń w czasie miesiączkowania.

Nerwy w włókniakach wykazał Bidder, a zakończenia ich w mięśniach Frankenhäuser i Arnold.

Macica sama, w przypadkach włókniaków, okazuje zawsze znaczny i często niejednostajny przerost utkania, a u osób wiekowych znajdujemy zanik. Błona śluzowa podług Campe'go<sup>3)</sup> okazuje zawsze znaczne zmiany zapalne j. t. soczystość, obrzmienie znaczne i zaczerwienienie. Grubość jej wynosi niekiedy 7 mm., a badanie mikroskopowe wykazuje zmiany właściwe zapaleniu gruczołowemu (*Endometritis glandularis fungosa*). Im większa warstwa mięśniowa oddziela włókniak od błony śluzowej, tem wybitniej występuje ta forma gruczołowa zapalenia, a im więcej obrzęk zbliża się ku błonie śluzowej, tem większem bywa bujanie tkanki łącznej międzygruczołowej (*Endometritis interstitialis*). Dlatego w jednych miejscach możemy znaleźć zanik z wytworzeniem blizn, a w drugich bujanie gruczołowe (Wyder<sup>4)</sup>).

W samym włókniaku mogą się wydarzać sprawy, które znacznie mogą zmienić utkanie jego. Sprawy te dzielimy na takie, które prowadzą do zmiękczenia utkania i takie, które sprawiają jego stwardnienie. Do pierwszych należą:

Obrzęk surowicy (*Oedema*), skutkiem którego twardy pierwotnie włókniak może sprawiać wrażenie chełbotania (*Fluctuatio*) podobnie jak torbiele, a przez nakłucie nie otrzymujemy albo żadnego płynu, albo też tylko bardzo skąpą ilość surowicy krwią zabarwionej. Zanikające, skutkiem rozmiękczenia i ucisku, włókna mięsne mogą utworzyć przestwory napełnione surowicą (pozorne torbiele).

Stłuszczenie. Najpomyślniejsze warunki, aby stłuszczenie nastąpiło, istnieją w połogu, w którym utkanie włókniaka, biorąc udział

<sup>1)</sup> *Archiv. für Heilkunde* T. XIV. — <sup>2)</sup> *Wiener medicin. Wochenschrift* 1883. — <sup>3)</sup> *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* T. X. str. 356. — <sup>4)</sup> *Archiv. f. Gynaecologie* T. XIII.

w przeobrażeniu tłuszczowem utkania macicy, może uleść także wessaniu. Każde w ogóle stałe zmniejszenie włókniaka tłómaczyć należy sprawą stłuszczenia, która jednak dotyczyć może tylko utkania mięsnego (Virchow, Spiegelberg), tak, że zupełne zniknięcie przez stłuszczenie i wessanie odnosić się może tylko do obręzków z samych włókien mięsnych złożonych, czyli do t. zw. czystych mięśniaków, gdy mięśniowłókniaki doznają przez stłuszczenie o tyle zmniejszenia, o ile w budowie ich brało udział utkanie mięsne.

Następnie występuje stłuszczenie, gdy odżywienie włókniaka zostanie upośledzonym. Stłuszczenie towarzyszy wtenczas albo rozpadowi posokowemu, albo też zropieniu nowotworu, lub występuje bez tych spraw.

Mikroskopowo stwierdzone przypadki stłuszczenia podają tylko Freund bez zmniejszenia włókniaka i A. Martin<sup>1)</sup>, który na zwłokach łożnicy widział włókniak wielkości pięści przeobrażony w małą tłuszczową.

Stwardnienie najczęściej występuje po ustaniu miesiączkowania skutkiem zaniku naczyń, a następnie i mięśni i po bliźnowatym ściągnięciu się tkanki łącznej. Schröder przypuszcza takie stwardnienie skutkiem zapalenia śródmiaższowego w samym włókniaku, połączonego z pomnożeniem tkanki łącznej i bliźnowatym ściągnięciem się prowadzącym do zaniku mięśni, rodzaj *Cirrhosis*, lub sprawa może się mieć odwrotnie, tak, że włókna mięsne zanikają skutkiem stłuszczenia i wessania, a utkanie włókniste później przeważa i czyni obrzęk twardszym. Skutkiem tych spraw następuje znowu zmniejszenie o tyle znaczniejsze, o ile utkanie mięsne było obfitszem.

Zwapnienie jest sprawą przyłączającą się do stwardnienia, dlatego także występuje zwykle w późniejszym wieku. Sprawa polega na występowaniu wzdłuż pasm włóknistych soli wapiennych najczęściej nieregularnie rozłożonych, które mogą tak obficie wystąpić, że zwapniały włókniak z trudnością daje się piłować. Najczęściej występuje zwapnienie od środka, daleko rzadziej w warstwach zewnętrznych i tylko w włókniakach podotrzewnowych i mniejszych miąższowych. U dawnych autorów tak zmienione włókniaki, jeżeli zostały wydalone przez pochwę na zewnątrz, uchodziły za „kamienie maciczne”. Säxinger<sup>2)</sup> podaje wiadomość o zwapniałym włókniaku,

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gynaecologie* T. VI.—<sup>2)</sup> *Beiträge der Gesellschaft f. Geb.* 1874.—

wielkości głowy dziecka, który uważany za głowę, został przez chirurga kleszczami z pochwy wydobyty.

Obrzęki mieszane. Najczęstsza forma obrzęków mieszanych powstaje skutkiem jam utworzonych w włóknaku i wypełnionych cieczą. Tak zmienione obrzęki nazywamy torbielo-włóknakami (*Cysto fibromata*), jakkolwiek nierównie rzadziej mamy tu do czynienia z torbielami w znaczeniu anatomicznem, t. j. takimi, które posiadają własną ścianę wyścieloną przybłonkiem.

Najczęstszą przyczyną częściowego rozplynięcia utkania i wytworzenia jam (géodes), wypełnionych cieczą często do limfy podobną, bywa wspomniany już obrzęk surowiczny. Przez postępujące rozmiękczenie mogą powstać jamy, nawet kilka litrów cieczy zawierające (Dupuytren), a do treści takich wielkich jam bywa zwykle domieszana krew i rozpadające się części utkania. Następnie mogą w włóknaku powstać jamki skutkiem wybroczyn (*Cystes apoplecticae*), do których najczęściej usposabia ciąża.

Do wrzekomych torbieli zaliczamy także jamy powstałe z przeobrażenia śluzakowego istoty międzykomórkowej, (*Degeneratio myxomatodes*, *Myxofibroma*). Pozornie obraz tego przeobrażenia niczem nie różni się od rozstrzeni wypełnionych cieczą surowiczą. Badanie mikroskopowe wykazuje jednak obfite śródmiąższowe utkanie, złożone z komórek okrągłych z jądrami (Virchow), a badanie chemiczne wykazuje istotę śluzową, mucynę. Prawdziwe torbiele mogą w włóknakach powstać z rozszerzonych przestworów limfatycznych (*Myoma lymphangiectodes*). W ten sposób mogą się utworzyć i wielkie torbiele, w których wykazali przybłonek Leopold i Fehling<sup>1)</sup> a treść ich posiada cechującą własność krzepnięcia na powietrzu (*Atlee*), gdyż zawiera istotę włóknikotwórczą (*Substantia fibrinogena*). Własność krzepnięcia ma jednak tracić treść tych torbieli, gdy już poprzednio zawiera przymieszkę krwi (Rein<sup>2)</sup>). Matlakowski i Przewoski<sup>3)</sup> opisują przypadek torbielomięśniaka ciała i szyi macicy, który do pochwy opróżniał swą treść krzepnącą jako „piękny skrzep czerwony”. Włóknaki zawierające torbiele, czy to wrzekome czy prawdziwe, tworzą zazwyczaj największe obrzęki, jakie się wydzarzają w ogóle, tak, że znane są przypadki, w których torbielowo-włóknak ważył 100 — 160 funtów.

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. VII. — <sup>2)</sup> Tamże T. IX. — <sup>3)</sup> *Gazeta lekarska* 1891. str. 926.

Do dobrotliwego utkania włókniaka może przyłączyć się utkanie złośliwe, t. j. rak lub mięsak.

Rak może z otaczającego sąsiedztwa, mianowicie z części pochwowej i szyi macicznej, przejść na utkanie włókniaka i w nim dalej bujać. Zwykle jednak włókniaki bardzo długo stawiają opór rakowi, tak, że wśród utkania macicy całkiem rakiem zwyrodniałej, znajdujemy włókniaki niezmienionego utkania, a przerzuty (*Metastases*) nie wydarzają się nigdy. Pierwotny rak włókniaka należy do największych rzadkości, a powstanie jego można sobie tylko tłómaczyć istnieniem utkania gruczołowego (*Adenoma*) w samym włókniaku. Utkanie to może dostać się do włókniaka przez wrastanie w niego mieszków gruczołowych błony śluzowej macicy, okazującej zawsze w przypadkach włókniaków bujanie gruczołowe (*Endometritis glandularis*), a z których następnie rozwinąć się może rak gruczołowy (*Adenocarcinoma*). Jeżeli zaś rak powstaje w środku włókniaka, bez związku z błoną śluzową (Klob, Babes<sup>1</sup>), należy tłómaczyć to w ten sposób, że ślepe zakończenia wrastających z błony śluzowej gruczołów odsznurowały się we włókniaku i utraciły związek z błoną śluzową, a następnie skutkiem wzrostu włókniaka znalazły się w środku i tam uległy zwyrodnieniu. Że się sprawa tak odbywa, dowodzą spostrzeżenia Rugego i Schrödera, którzy w włókniakach wykazali torbki wysielone przybłonkiem wałeczkowym, a Diesterweg<sup>2</sup>) w ukleju włókniakowym znalazł jamę wielkości jaja kurzego wyslaną przybłonkiem migawkowym i odnosi to do pozostałego utkania płodowego podług Cohnheima teorii powstawania nowotworów.

Mięsak (*Sarcoma*) o wiele częściej występuje w utkaniu włókniaka. Istota międzykomórkowa, która wówczas zawiera komórki okrągłe z wielkimi jądrami, zaczyna silnie bujać i sprawia zanik utkania mięsnego, tak, że w końcu całe utkanie staje się mięsakowem, znacznie miększem i na przecięciu białem. Utkanie to może stać się tak miękkim, że czyni zupełnie wrażenie torbiela wypełnionego cieczą śluzową (*Myxosarcoma*).

Według umiejscowienia, dzielimy włókniaki na włókniaki ciała macicy i włókniaki szyi macicznej, a według kierunku w jakim wzrastają, na podotrzewnowe, podśluzowe

<sup>1</sup>) *Allgemeine Wiener med. Wochenschrift* 1882. — <sup>2</sup>) *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* T. IX.

i mięszsowe czyli śródścienne. Włókniaki dopiero powstające, zawsze bywają mięszszowymi i wznoszą albo tak jednostajnie, że zawsze takimi pozostają, albo wznoszą przeważnie w jednym kierunku, albo na zewnątrz pod otrzewną, albo ku jamie macicy pod jej błonę śluzową, lub w obu kierunkach.

Że podział na włókniaki ciała i szyi nie zawsze może być ścisłym, dowodzą przypadki włókniaków mięszszowych ciała macicy sięgających na dół aż do samego końca wargi. (Fig. 105).

**Włókniaki ciała macicy.** Włókniak podotrzewnowy (*Myoma subperitoneale*) powstaje, gdy obrzęk wznosząc pod otrzewną podnosi ją i wreszcie tak całkowicie występuje z utkania macicy, że połączenie tworzy tylko szypułka różnej grubości i długości (*Polypus peritonealis* Virchowa), utworzona albo z utkania włókniakowego, tworzącego jeszcze ciągłość z utkaniem macicy, albo tylko z otrzewny i z tkanki łącznej podsurowiczej. W pierwszym przypadku odżywienie i wzrost włókniaka bywają szybsze, w drugim powolniejsze. Lecz i w tym ostatnim przypadku zlepy, z otrzewną sąsiednich narządów, mogą pośredniczyć w obfitem odżywieniu i wzroście. Przy znacznem ścieńczeniu i wyciągnięciu szypułka utworzonej z samej otrzewny może włókniak całkowicie oddzielić się od macicy i odżywiać się wyłącznie zleparami. Rokitansky opisuje dwa takie przypadki, następnie i inni jak West, Nelaton, Depaul i Simpson. Najczęstszą ich siedzibą bywa tylna ściana ciała macicy. Jeżeli wyrastają od krawędzi macicy, to pokryte są blaszkami więzuz szerokiego (*Myoma intraligamentare*).

Występują one najczęściej nie samotnie lecz gromadnie, a dosięgnąć mogą tak znacznej wielkości, że przez wyciągnięcie macicy w górę wydłużają i ścieńczają bardzo znacznie szyję, tak, że mogą sprawić oderwanie się jej od ciała macicy. Wreszcie nastąpić może okręcenie się włókniaka około swej osi. Jeżeli w takim razie szypułka jest grubą, to okręcenie nastąpi razem z ciałem macicy, a wówczas ścieńczała szyja okazuje skręt (*Torsio*), tak, jak to miało miejsce w przypadku Küstera<sup>1)</sup>, w którym szyja była 2½ raza skręconą i otoczoną spiralnie więzami okrągłymi, a z powodu zamknięcia przewodu szyi powstał krwistek maciczny (*Haematometra*). Jeżeli zaś szypułka nie jest grubą, może skręcenie w niej samej nastąpić i spr-

<sup>1)</sup> Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn. 1870.

wić zgorzel włókniaka z zejściem śmiertelnem, jak w przypadku James Coppiego<sup>1)</sup>.

Włókniak podśluzowy (*Myoma submucosum*). Włókniaki, które wzrastając ku jamie macicy podnoszą błonę śluzową i pokryte nią sterczą jako obrzęk, przeważnie lub wyłącznie w jamę macicy, nazywamy podśluzowymi. Połączenie ich z mięszem macicy może istnieć w mniejszym lub większym stopniu, lub leżą one całkiem odosobnione w swym gnieździe, tak, że łatwo je z niego wyłuszczyć, lub wreszcie tak występują ze ściany macicy, że otoczone ze wszystkich stron błoną śluzową połączone są mięszem macicy tylko zapomocą szypułki, — polip włókniakowy (*Polypus fibrosus*).

Definicja powyżej podana wskazuje już, że wydarzają się formy przejściowe pomiędzy włókniakami mięszowymi, a podśluzowymi szeroko osadzonymi, jako też pomiędzy tymi ostatnimi, a polipami włókniakowymi. Biorąc rzecz ściśle tylko takie włókniaki powinny być się zaliczać do podśluzowych, które wielką częścią swej powierzchni leżą bezpośrednio pod błoną śluzową macicy nie oddzielone od niej nawet cienką warstwą utkania macicznego. Anatomicznie jednak formy takie prawie nie istnieją, tak, że błonę śluzową od włókniaka zawsze oddziela cieńsza lub grubsza warstwa utkania mięsnego macicy, zatem nie istnieje prawie w ścisłym znaczeniu i włókniak podśluzowy. Kliniczne zaś oznaczenie, czy włókniak jest podśluzowym czy mięszowym, rozstrzyga głównie większa dostępność jego od pochwy i szyi macicznej i właściwości przebiegu, o których później będzie mowa. To co powiemy o włókniakach mięszowych, odnosić się będzie i do podśluzowych szeroko osadzo-

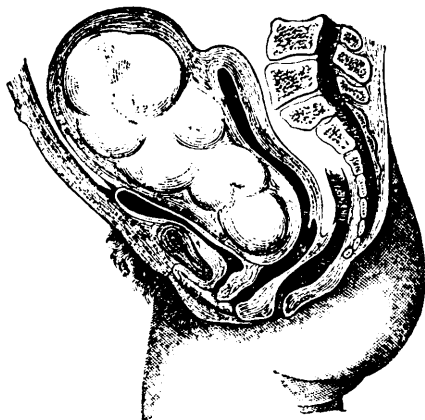


Fig. 105.

Włókniaki śródścienne przodkowej ściany macicy, sięgające w przodkową wargę maciczną. Podług Hofmeiera.

<sup>1)</sup> *Obst. journ. of. gr. Britain* T. II.

nych, a polipom włókniakowym, jako tworzącym pod względem klinicznego przebiegu odrębną formę, poświęcimy osobny ustęp.

Włókniak mięszo wy, czyli śródścienny (*Myoma interstitiale, v. intraperietale*). Mięszowymi nazywamy włókniaki umieszczone w ścianie macicy i całkiem jej mięszem otoczone.

Wydarżają się one najczęściej, a ulubioną ich siedzibą bywa tylna ściana i dno macicy. Z powodu ściślejszego połączenia ich z mięszem otaczającym posiadają one obfitsze naczynia i dlatego odżywienie ich bywa żywszem a wzrost szybszym. Dochodzą też one do największych rozmiarów, tworząc najczęściej obrzęki kuliste.

Bardzo wielkie występują zazwyczaj samotnie i często posiadają tylko jedno ognisko, podczas gdy małe pojawiają się gromadnie

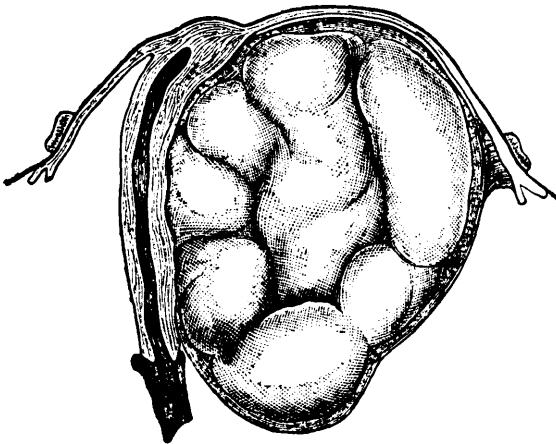


Fig. 106.

Włókniaki śródścienne ciała macicy z wzrostem bocznym pomiędzy blaszki więzły szerokiego. Podług Hofmeiera.

i czasem w wielkiej ilości. Schultze<sup>1)</sup> naliczył ich 50 na zwłokach 80 letniej staruszki.

Jeżeli wzrastają jednostajnie we wszystkich kierunkach, to i otaczające je ściany równocześnie wzrastają, tak, że więzły szerokie wobec dna wysoko ustawionego układają się jako fałdy przebiegające z boków obrzęku i często doznają znacznego napięcia, jakoteż i więzły okrągłe przerastają i wydłużają się, podobnie jak w ciąży, a trąbki

<sup>1)</sup> *Jenaer Zeitschrift für Medicin* T. V. 1870.

i jajniki tak mogą zmienić swe położenie, że odszukanie ich nawet na zwłokach czasem bywa trudnem. Podobnie i jama macicy bywa bardzo znacznie wydłużoną i zbezkształconą przez obrzęki z różnych stron w nią sterczące.

Jeżeli odchodzą od boku macicy, wówczas wzrastać mogą w jednym przeważnie kierunku, pomiędzy blaszki więzu szerokiego, którym, po zupełnem rozdzieleniu blaszek, mogą się pokryć, tak, że pokrywająca je otrzewna bezpośrednio przechodzi w otrzewną miednicy bez tworzenia fałdu (*Myomata intraligamentaria*) (Fig. 106).

**Włókniaki szyi macicznej** (*Myomata cervicis uteri*). Włókniaki szyi wydarzają się w tych trzech postaciach co i włókniaki ciała macicy, lecz o wiele rzadziej niż tamte, gdyż podług Schrödera w 8% przypadków. Częściej wydarza się, że włókniak mięszowy lub podśluzowy ciała macicy wzrasta od góry w utkanie szyi i tworzy obrzęk równocześnie ciała i szyi macicznej (Fig. 105). Winckel twierdzi, że ani u żyjących, ani na zwłokach nie widział nigdy włókniaka, biorącego początek z szyi macicznej i przypuszcza, że wszystkie powstają przez wrastanie z ciała macicy. Podług Virchowa włókniaki szyi często okazują budowę przeważnie włóknistą.

Mięszkowe, czyli śródścienne włókniaki szyi rozwijają się w ścianie szyi i wzrastają w wargę maciczną, tak, że ją

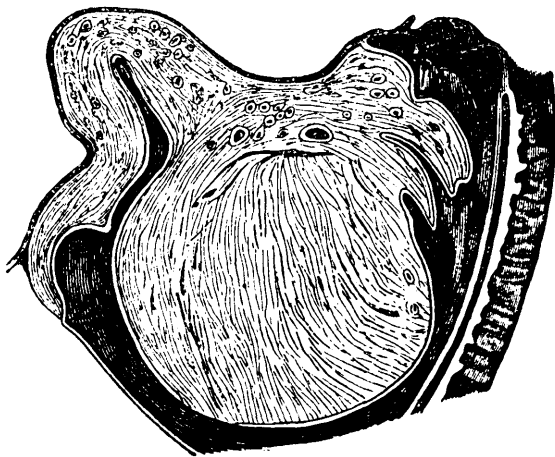


Fig. 107.

Włókniak śródścienny tylnej ściany szyi macicznej, uwieczniony.  
Podług Spiegelberga.



kulisto powiększają niekiedy do bardzo znacznych rozmiarów, a warga wolna, bardzo w szerz rozciągnięta, ścieńczała, skrócona i silnie napięta, przylegając ostrym brzegiem do obrzęku wargi, zawierającej cały włókniak lub dolną część włókniaka zajmującego i ciało macicy, tworzy z ujścia macicznego szczelinę półksiężycowego kształtu.

Jeżeli dosięgną znacznych rozmiarów, mogą wypełnić całą jamę małej miednicy i wypchać wysoko ku przodowi i ku górze ciało macicy, które jako drobny dodatek sterczy na szczycie obrzęku (Fig. 107). Obrzęki te sprawiają także znaczne bardzo wysunięcie pęcherza moczowego, którego dno może się znajdować 10 — 16 cm. powyżej spojenia kości łonowych.

Włókniaki podotrzewnowe szyi (*Polypi peritoneales colli*) wydarzają się najrzadziej i to wówczas tylko, gdy występują z górnej części szyi, albowiem z niższej części odchodzące wzrastają w tkance łącznej okołomaciczej lub okołopochwowej, z przodu, z tyłu lub z boków. Okoliczność ta jest wielkiej wagi, gdyż pierwsze, jeżeli z tylnej części szyi wyrastają, mają otrzewną zatoki Douglasa pod sobą, gdy drugie bezpośrednio przylegają do ścian pochwy. Połączenie ich z szyją macicy bywa zazwyczaj krótką szypułką, dlatego też i ruchomość podotrzewnowych obrzęków bywa małą.

W rzadkich przypadkach może włókniak mieć siedzibę w samej części pochwowej (*Myoma portionis vaginalis*) i wzrastać w pochwie.

Podśluzowe włókniaki szyi opiszemy w rozdziale o polipach włókniakowych.

**Objawy i przebieg.** Ols hausen<sup>1)</sup> podaje, że w pewnym szeregu przypadków dostrzegał stałe objawy, zapowiadające pojawienie się włókniaków, a do tych zalicza: bóle stałe w krzyżach i podbrzuszu, które zwiększały się w czasie miesiączkowania z cechą bólów zapalnych i dotkliwością macicy i pęcherza w czasie badania, i zaburzenia miesiączkowe polegające na większym odpływie krwi i częstszym powracaniu. Objawy te mogą trwać 1 — 2 lat, poczem macicę znajdujemy jednostajnie powiększoną, a późniejsze badanie wykazuje włókniaka. Michels<sup>2)</sup> uważa dolegliwości ze strony pęcherza i odbytnicy jako zapowiadające pojawienie się włókniaków.

<sup>1)</sup> *Verhandlungen der 1. Vers. der deutsch. Ges. f. Gynaecologie in München* 1886. — <sup>2)</sup> *Die Fibromyome des Uterus*, Stuttgart. 1877.

Najczęstszymi objawami włókniaków, jeszcze badaniu niedostępnych, lub już dostępnych, są w pierwszym rzędzie krwotoki i bóle, a w drugim rzędzie dolegliwości, które wywołują wielkością lub niekorzystnym umiejscowieniem.

Nasilenie objawów bywa tem większem, im większe i liczniejsze są włókniaki, im szybszym jest ich wzrost i im czynniejszym jest narząd płciowy. Dlatego też przypadki bywają łagodniejsze u kobiet niespółkujących, a ustają lub znacznie słabną po ustaniu miesiączkowania, jeżeli nie przyłączą się sprawy zwyrodnienia włókniaków.

Ponieważ objawy bywają odmienne stósownie do tego, czy włókniaki są podotrzewnowe, podśluzowe lub mięsaszowe, dlatego omówimy je w każdym z tych rodzajów z osobna.

Włókniaki podotrzewnowe małe, nie sprawiają żadnych objawów, wielkie zaś, wywołują najrozmaitsze dolegliwości, mające swe źródło w zbytniej ruchomości obrzęku, miejscowych zapaleniach otrzewny, wyciągnięciu macicy w górę lub ucisku wywieranym na nią, a wkońcu w zaklinowaniu się w zatoce Douglasa i uwięźnieniu narządów małej miednicy.

Znaczna ruchomość twardego obrzęku sprawia podrażnienie otrzewny i zlepy zapalne lub puchlinę brzuszną (*Ascites*) i dlatego bóle, towarzyszące tym włókniakom, mają najczęściej cechę bólów otrzewnowych. Powstałe zlepy albo pogorszają przypadki lub łagodzą je, jeżeli unieruchomią obrzęk w korzystnym położeniu.

Najniekorzystniejszym jest ułożenie włókniaka w zatoce Douglasa, w którą opasć mogą obrzęki posiadające dłuższą szypułkę i tamże wzrastając, wypełniają coraz to ściślej małą miednicę i wywołują objawy uwięźnienia (*Incarceratio*). Przez nazwę tę rozumiemy ucisk stale wywierany na macicę, pęcherz moczowy, odbytnicę, naczynia krwionośne, nerwy, a niekiedy i moczowody. Objawami zatem tego ucisku będą: utrudnione oddawanie moczu i stolca, lub niemożebność wypróżnień; bóle przęcające w miednicy i podbrzuszu i strzykające w uda nerwobóle, a w przypadkach cięższych przyłączyć się mogą bóle pochodzące od zapalenia otrzewny i znaczna gorączka. Towarzyszące wymioty odnoszą się albo do podrażnienia otrzewny, albo do uciśnięcia moczowodów i wówczas są objawem mocznicy (*uraemia*), która w lekkim stopniu wydarza się i bez uwięźnienia w przypadkach włókniaków większych lub niekorzystnie umiejscowionych.

Wzrost włókniaków podotrzewnowych bywa wolniejszym, lecz znacznie może być przyspieszonym licznymi zrostami, które nawet

po ustaniu miesiączkowania mogą pośredniczyć w bardzo żywym odżywianiu. Dochodzą też one niekiedy do bardzo znacznych rozmiarów i wówczas wyciągają macicę w górę i sprawić mogą opisane ścięczenie szyi i skręty.

W przypadkach tych włókniaków brak krwotoków; występują one jednak, gdy ułożenie włókniaka upośledza krążenie krwi w macicy. Mają one atoli wybitny wpływ na ustanie płodności (*Sterilitas*) dlatego, że występują mnogo, a co ważniejsza, że towarzyszące zapalenia otrzewny i zlepy sprawiają załamania, skręcenia i zrosty trąbek.

Włókniaki podśluzowe najwcześniej sprawiają objawy, z których najstalszym jest krwawienie. Początkowo objawia się ono zwiększonym odpływem miesięcznym, potem krwotokami miesięcznymi (*Menorrhagiae*), powracającymi w okresach skróconych, a później mogą się przyłączyć i krwawienia poza okresami miesięczkowymi.

Krwotoki bywają często przyczyną bardzo znacznej niedokrewności podkopującej siłę chorej, a niekiedy wzmagać się mogą do tego stopnia, że bezpośrednio zagrażają życiu. Najdonioślejszego znaczenia bywają zmiany zwyrodnienia, wywołane niedokrewnością, w mięśniu sercowym. Oględziny pośmiertne kobiet zmarłych po laparotomii, wykonanej w celu operacji włókniaków, okazują często stłuszczenie mięśnia sercowego lub szary zanik (*braune Atrophie*), a chore takie umierają z objawami niedomogi sercowej i porażenia serca.

Źródłem krwotoków jest błona śluzowa macicy, a przyczyny krwawienia są dwie, mianowicie: opisane zmiany nieżyłowego przerostu, a wówczas krwawienie z całej błony śluzowej pochodzić może, lub gdy błona śluzowa, pokrywająca włókniak, jest ścięczałą, zanikłą, a w reszcie błony śluzowej naczynia, skutkiem ciśnienia pobocznego, są znacznie rozszerzone. Rzadko bardzo krwotok pochodzi z przedarcia naczynia żylnego, lub jak w przypadku *Duncana*<sup>1)</sup> z dużej zatoki żylniej (z zejściem śmiertelnem).

Nasilenie krwotoków i wielkość obrzęku nie stoją do siebie w prostym stósunku. Małym i średniej wielkości włókniakom towarzyszą zazwyczaj największe krwotoki. W czasie wolnym od krwawień pojawia się zwykle obfita wydzielina nieżyłowa.

Bóle pojawiają się początkowo jako bolesne miesiączkowanie (*Dysmenorrhoea*) a w miarę znaczniejszego wzrostu włókniaka w ja-

<sup>1)</sup> *Edinb. med. journ.* 1867.

mę macicy, pojawiają się bóle z cechą bólów porodowych. W przypadkach włókniaków uszypułkowanych pojawiają się one wcześniej, a w przypadkach szeroko osadzonych tem wcześniej, im niżej sięgają ku ujściu wewnętrznemu. Wzrostem ku dołowi i naciskaniem w czasie skurczów macicy, dolna część włókniaka sprawia powolne skrócenie i zanik szyi, tak, że ujście, mniej lub więcej rozwarte, przylega ostrym brzegiem do włókniaka, aż wreszcie całkiem się rozwiera, tak, że dolna część obrzęku sterczy w pochwie. Ten częściowy poród włókniaka może istnieć w czasie okresów miesięczkowych, a po minionym okresie obraz może się do tego stopnia zmienić, że szyja i ujście zwązają się do poprzednich rozmiarów.

Ściany macicy, nawet w przypadkach małych włókniaków, grubieją znacznie, a jama staje się większą. Zewnętrznie zwykle przeciwleża włókniakowi ściana macicy przybiera kształt zaokrąglony.

Włókniaki miąższowe zachowują się rozmaicie, stósownie do tego, czy wzrastają więcej podśluzowo lub podotrzewnowo, lub jak to najczęściej bywa w obu kierunkach.

Bóle bywają tu prężące, ciągnące, w czasie regularności, pochodzące od rozprężenia ścian macicy i obrzmienia obrzęku samego, które znacznie się zmniejszają lub ustępują po ustaniu regularności. W razach wielkich guzów nowotworowych dołączają się objawy uciskowe narządów sąsiednich, uczucie pełności i ciężaru w brzuchu i małej miednicy, jakoteż bóle pochodzące od częściowych zapaleń otrzewny, a skrzywienia i zacieśnienia, jakich doznaje przewód jamy macicy, przez utrudnienie odpływu wydzielin i krwi miesięczkowej, tworzy nowe źródło bólów. Krwotoki albo istnieją, jeżeli włókniak jest i podśluzowym, albo też może ich nie być.

Bardzo wielkie obrzęki wypełniają całą jamę brzuszną i rozprężają w wysokim stopniu powłoki. Nawet bardzo wielkie włókniaki śródścienne rzadko macicę tak w górę wyciągają, jak podsurowicze. Mniejsze wpływają na jej położenie w rozmaity sposób, tak, że włókniak wzrastający w przodkowej ścianie sprawia nachylenie, a w następstwie odchyła ciało macicy ku tyłowi. W przypadkach jednego nawet dużego włókniaka może macica, znacznie powiększona, zachować właściwy jej kształt, gdy w razach większej ilości włókniaków kształt macicy, z której rozmaitej wielkości guzy wyrastają, bywa nieregularnym.

Zaciśnięcie jamy macicy, załamania jej, jakoteż uciśnięcie trąbek, mianowicie ich otworów macicznych, bywa przyczyną niepłodności.

Włókniaki szyi macicznej małe, podotrzewnowe, lub rozwijające się w tkance łącznej okołomaciczej, wcześniej już sprawiają dolegliwości, szczególnie ze strony pęcherza moczowego, jeżeli odchodzą od przodkowej części szyi. Wielkie tak podsurowicze, jak i mięszkowe, wywołują objawy ucisku narządów małej miednicy i dłatego też dolegliwości w razie ich istnienia bywają największe, a wśród nich zajmuje pierwsze miejsce utrudnione oddawanie moczu, lub zupełna niemożebność oddawania go i bóle uciskiem wywołane. Zaciśnięty przewód szyi i towarzyszący niezyt bywa przyczyną niepłodności i bolesnego miesiączkowania.

Przebieg. Włókniaki najczęściej wzrastają powoli, aż do okresu zwrotu płciowego, poczem większa część przypadków ustępuje, a włókniak przestaje wzrastać, a nawet często okazuje zmniejszanie się, skutkiem przeobrażenia wstecznego, co może wcześniej nastąpić w przypadkach włókniaków podotrzewnowych.

Niekiedy włókniaki po latach trwania okazują tylko nieznaczne różnice wielkości, gdy kiedy indziej, szczególnie u kobiet młodych, mogą wzrastać bardzo szybko, jak n. p. w przypadku Richera<sup>1)</sup>, w którym mały włókniak w przeciągu 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> lat wzrósł do ogromnych rozmiarów, lub Świącickiego<sup>2)</sup>, w którym chora, bez śladu obrzęku, po roku okazywała włókniak tylnej ściany szyi, wielkości pięści. Włókniaki twarde wzrastają wolniej, gdy miękkie szybciej. Na znaczne powiększenie się włókniaków w krótkim czasie wpływa ciąża, skutkiem zwiększonego odżywienia, i powstanie w nich przestworów torbielowych (*Cystofibroma*), lub zwyrodnienia rakowego lub mięsakowego.

Nagle zmniejszenie się zauważono w przebiegu chorób wyniszczających (Braun, Späth i Chiari), poczem znowu wzrastanie się rozpoczęło.

Bezpośrednio rzadko tylko włókniaki zagrażają życiu, lecz krwotoki i towarzyszące dolegliwości znacznie się przyczyniają do upadku sił, który będzie tem większym, im dalszą jest chora od wieku zwrotu płciowego, a w przypadkach włókniaków okres ten przeciągnąć się może znacznie poza 50 r. życia.

<sup>1)</sup> *Progrés médicale* 1877. — <sup>2)</sup> Przegląd lekarski 1888. Nr. 2. str. 37.

Śmierć skutkiem włókniaków, do których nie przyłączyły się sprawy zwyrodnienia lub inne sprawy patologiczne, jak zropienie i sposoczenie, rzadko się zdarza i następuje albo skutkiem krwotoku z znacznej żyły przedartej, albo skutkiem zapalenia otrzewny, lub z zaciśnięcia i braku drożności jelit, lub nagle skutkiem zwyrodnienia serca, lub zawału tętnicy płucnej, pochodzącego z zakrzepów żył samego włókniaka lub otoczenia.

W przebiegu włókniaków mogą się wydarzyć tego rodzaju zmiany w ich utkaniu, które prowadzą do samoistnego uleczenia. Może to nastąpić w trojaki sposób: 1. przez stłuszczenie i wessanie, 2. przez wyparcie na zewnątrz czyli wykluczenie włókniaka (*Eliminatio spontanea*) i 3. przez zropienie lub sposoczenie z następowym wydalaniem rozpadowych części.

Klinicznie przez zniknięcie włókniaka rozumiemy stan taki, gdy z nieomylną pewnością stwierdzimy jego istnienie, a późniejsze badanie wykaże ledwo dostrzegalne ślady lub nawet brak ich. W wielu przypadkach, w których takie zniknięcie nastąpić miało, rozchodziło się niewątpliwie o wypociny zapalne. Z zestawionych przez Gusserra 42 przypadków niewątpliwej pewności przypada 22 na połóg, a reszta na czas po okresie zwrotu płciowego (*Climacterium*).

Przez stłuszczenie i wessanie mogą zniknąć nawet bardzo wielkie obrzęki, lecz do tego potrzeba, aby się składały przeważnie z utkania mięsnego i aby ich związek z macicą był ścisłym. Dlatego o wiele częściej niż zniknięcie obrzęku zdarza się jego zmniejszenie do rozmiarów stósunkowo małych.

Samodzielne wykluczenie włókniaka wydarzyć się może po prostu przez pęknięcie torebki i wyłuszczenie się wiotko osadzonego włókniaka podśluzowego. Dorsch<sup>1)</sup> opisał przypadek takiego wyłuszczenia się w czasie badania, tak, że włókniak wpadł mu w rękę. Albo też błona śluzowa i torebka podśluzowego lub mięszowego włókniaka ulega zropieniu lub sposoczeniu (*Suppuratio dissecans*), które uwalnia go z połączeń i umożliwia wyparcie na zewnątrz. Zropienie lub sposoczenie torebki może się wydarzyć albo samodzielnie, do czego usposabia zwapnienie włókniaka, jakoteż poronienie, jak w przypadkach Andersona<sup>2)</sup> i Curriera<sup>3)</sup>, lub o wiele częściej skutkiem zakażenia przez sondowanie, rozszerzanie szyi, zeszkrobywa-

<sup>1)</sup> *Deutsche Klinik* 1874. Nr. 5. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1888. — <sup>3)</sup> Tamże 1888.

nie przerosłej błony śluzowej, wstrzykiwania drażniących ciecży, przecięcie torebki włókniaka i nieudane próby wyłuszczenia.

Zropienie i sposoczenie torebki jest zawsze sprawą w wysokim stopniu zagrażającą życiu, doświadczenie jednak uczy, że przypadki, w których sprawy te samodzielnie powstały, o wiele pomyślniej przebiegają, niż te, w których przypadkowo lub rozmyślnie skaleczono torebkę (bez zachowania przepisów postępowania bezgnilnego), gdyż zwykle kończą się śmiercią skutkiem posocznicy lub zapalenia otrzewny.

Licznymi są znane przypadki zupełnego uleczenia włókniaka przez zropienie torebki i całkowite lub częściowe wykluczenie, a jeden z nich<sup>1)</sup> obserwowałem w klinice prof. Madurowicza. Wyparty włókniak okazywał 12 cm. długości a 7 cm. szerokości.

Włókniaki, którym odcięto odżywienie nie powinny posoczeć bez przystępu drobnoustrojów, lecz w stanie rozmiękczenia mogą być całkowicie lub częściowo wydalone (Sch r ö d e r).

Sposoczenie samego mięszu włókniaka najczęściej kończy się śmiercią, a w korzystnych przypadkach, po długo bo całemi miesiącami trwającym zgorzelinowem oddzielaniu się części nowotworu, może wkońcu nastąpić uleczenie.

W przypadkach o wiele rzadszych mogą włókniaki przez scieżnienie i zanik zupełny pokrywającej je zewnętrznej warstwy ścian macicy dostać się bezpośrednio pod otrzewną i sprawić jej zapalenie z zejściem śmiertelnem, szczególnie włókniaki zwapniałe (D u n c a n<sup>2)</sup> i L a r c h e r<sup>3)</sup>; lub po poprzedniem zlepieniu macicy z narządami sąsiednimi i zaniku uciskowym ścian, mogą się włókniaki dostać np. do pęcherza moczowego, gdzie jeżeli są zwapniałe, mogą uchodzić za kamienie pęcherzowe (F l e m m i n g<sup>4)</sup>), lub obrzęk może uciskiem lub scieżnieniem powłok brzusznych sprawić zgorzel ich i przez utworzony otwór dostać się na zewnątrz. Taki przypadek ze szczęśliwym przebiegiem, w którym przez otwór w ścianie brzusznej odszedł sposoczały włókniak, podaje D u m e s n i l<sup>5)</sup> a H o f m o c k l<sup>6)</sup> przypadek zgorzeli skóry pokrywającej przepuklinę pachwinową, zawierającą włókniaka. Lub też po zlepieniu ze ścianą brzuszną i zropieniu może ropa przebić się na zewnątrz i w ten sposób może włókniak zupełnie wyropieć, jak w przypadkach F u n k a<sup>7)</sup> i G. B r a u n a<sup>8)</sup>.

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski 1876. — <sup>2)</sup> *Edinbourg med. journ.* 1867. — <sup>3)</sup> *Arch. gén. de Medecine* 1867. — <sup>4)</sup> *Clintock. Dublin Quart. journ.* 1868. — <sup>5)</sup> *Gazette des hôpitaux* 1869. — <sup>6)</sup> *Allg. Wiener med. Zeitung* 1882. — <sup>7)</sup> Tamże. — <sup>8)</sup> *Wiener med. Wochenschrift* 1868.

**Rozpoznanie** przystępnych badaniu włókniaków w wielkiej części przypadków jest łatwym. Głównymi cechami są właściwa im znaczna zbitość, największa ze wszystkich obrzęków małej miednicy i jamy brzusznej, tak, że najczęściej do rozpoznania większych obrzęków wystarcza położenie ręki na brzuchu, oraz kształt okrągły, regularny lub guzowaty, składający się z pojedynczych, okrągłych lub okrągławych odcinków.

Wiele bardzo zawisło od korzystnych warunków badania, a tu zaraz nadmienić wypada, że włókniaki często się kombinują ze znaczną otyłością, która dokładne badanie może w wysokim stopniu utrudniać.

Włókniaki podsurowicze uszypułkowane tem łatwiej rozpoznać można, im pewniej, badaniem oburęcznym, daje się stwierdzić ich związek z macicą. W warunkach sprzyjających, nawet bardzo małe uszypułkowane włókniaki łatwo wy badać można. Jeżeli zaś posiadają długą szypułkę, to nasuwać się może wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z jajnikiem lub z nowotworem stałym jajnika, a z drugiej strony znowu może jajnik, przylepiony sprawami zapalnymi do powierzchni macicy, być pomieszany z włókniakiem podsurowicznym. W pierwszym przypadku możebność dokładnego wy badania obu jajników upewnia rozpoznanie włókniaka, gdy w drugim stan może pozostać wątpliwym. Bolesność dotykowa dość znaczna, zwykle cechuje jajniki.

Większe włókniaki podotrzewnowe wyrastające z okolicy ujścia wewnętrznego macicy, mogą uchodzić za prawidłowe lub powiększone, nagięte lub odgięte ciało macicy. Co jest macicą, a co obrzękiem, może w takich przypadkach czasem dopiero sondowanie rozstrzygnąć.

Większe włókniaki często opadają w zatokę Douglasa, którą wypełniają. Całkiem wolne, dają się wypchać w górę i nie stanowią trudności rozpoznania. Jeżeli jednak ściśle miednicę wypełniają i rozwijają się zamacicznie (*retrouterin*), lub zapochwowo (*retrovaginal*), wówczas pomieszać je można z innymi obrzękami zamacicznymi, mianowicie z wypocinami, krwistekiem zamacicznym (*Haematocele retrouterina*) i ułożonym w zatoce Douglasa torbielem jajnikowym, tem bardziej, że skutkiem obrzmienia surowiczego może włókniak okazywać chęłbotanie. Sprawa cała jeszcze więcej się komplikuje, gdy do włókniaka przyłączy się wypocina, która go otoczy.

W celu odróżnienia tych stanów, dają już wywiady o towarzyszących objawach ważne wskazówki, a mianowicie: dreszcz i gorączak



towarzysząca początkowi choroby przemawiają za wypociną, gdy szybkość wzrastania i powstanie w czasie miesiączkowania przemawiają za krwistekiem. Włókniak nie otoczony wypociną przedstawia się jako obrzęk okrągły, gładki, ze wszystkich stron ograniczony, podczas gdy wypociny cechuje kształt więcej płaski, nieregularny i głównie to, że są rozlane i od części sąsiednich, jakoteż ścian miednicy nie odgraniczone, lecz ściśle z niemi złączone. Jeżeli uda się palec w któremkolwiek miejscu wsunąć wysoko pomiędzy obrzękiem a ścianą miednicy od pochwy, lub też od powłok brzusznych, to przemawia to za włókniakiem.

Mimo to wydarzają się przypadki, w których o wypocinie, krwisteku i torbieli jajnikowym, a włókniaku pozornie chełboczącym, rozstrzygnąć może tylko obserwowanie dalszego przebiegu i skutków leczenia.

Bardzo wielkie włókniaki mogą tak wypełniać jamę brzuszną, że niepodobna bezpośrednio wykazać, czy tylko przylegają do macicy, czy są z nią w związku, a tylko inne cechy, przemawiające za włókniakiem, każą się tego związku domyślać, tem bardziej, że tak wielkie stałe obrzęki jajników należą do wyjątków. Wyciągnięcie macicy w górę, tak, że część pochwowa będzie na równi z wchodem lub ponad nim, zawsze przemawia więcej za obrzękiem od macicy odchodzącym.

Rozróżnienie torbielowłókniaków od torbieli jajnikowych omówimy obszerniej przy tych ostatnich, a tu tylko wspomnimy, że nakłucie rozpoznawcze, któreby mogło rozstrzygnąć wątpliwość, w obecności torbielowłókniaka bywa w wysokim stopniu niebezpiecznem.

W ł ó k n i a k i m i ą z s z o w e małe, łatwo usuwają się badaniu, jakkolwiek czasem, przy wiotkich ścianach macicy, uderzająco odznaczają się wśród wiotkiego otoczenia. Kiedy indziej małe nawet włókniaki sprawiają cechującą okrągłość ściany macicy i większą twardość w porównaniu z drugą ścianą wiotszą i płastszą, a sondowanie wczesnie już wykazuje wydłużenie jamy macicy i różnicę grubości ścian.

Większe włókniaki powiększają macicę albo w ten sposób, że traci ona swój regularny kształt i staje się nierówną, guzowatą, a wówczas rozpoznanie nie ulega wątpliwości, lub też macica powiększona znacznie zachowuje kształt prawidłowy, taki, jaki jest właściwym powiększeniu macicy przez sprawy przewłoczne zapalne (*Metritis chr.*), lub ciążę.

I w tych przypadkach najczęściej uderza twardość, która przemawia za włóknikiem, a gdy takowa nie jest tak wybitną, to okrągłość i znaczna wypukłość jednej lub obu ścian, która w obecności zapalenia przewłocznego nie bywa w tak znacznym stopniu. Łatwość, z jaką wchodzi sonda w kierunku prostym do jamy macicy, przemawia za powiększeniem zapalnym. W odróżnieniu od wczesnych miesięcy ciąży, gdy zbywa niezawodnych oznak tejże, uwzględnić należy zachowanie się okresów miesięczkowych i tę ważną cechę, że w ciąży bywa część pochwowa rozpulchnioną, a w obecności włókniaków zbitości prawidłowej lub nawet zwiększonej. W przypadkach, w których jednak wymienione cechy zawodzą, rozstrzygnie niewątpliwie dalszy przebieg. Łatwiejszem niż pomięszanie ciąży z włóknikiem, jest przeoczenie ciąży w obecności włókniaków. Najważniejszym objawem, który musi zwrócić uwagę na ciążę, jest brak jednego lub kilku okresów miesięczkowych, a w przypadkach, które badaliśmy już poprzednio, przemawia za ciążą: szybsze wzrastanie obrzęku, pojawienie się znaczniejszej powierzchni miększej i wystąpienie dolegliwości, których poprzednio niebyło.

Siedzibę włókniaka można czasem oznaczyć z kierunku części pochwowej, która jeżeli zbacza w jedną stronę, to przypuszczamy siedzibę w stronie przeciwnej (Gusserow), co możemy skontrolować i sondą, wykazującą położenie jamy macicy względem obrzęku.

W obecności bardzo wielkich włókniaków mięszzowych, szczególnie gdy — (co nie często się wydarza) — macicę tak wyciągną w górę, że część pochwowa wysoko jest wyciągnięta, trudnem bywa rozstrzygnięcie, czy sama macica jest tak przez obrzęk powiększoną, czy też tylko przylega do obrzęku. Jeżeli przez powłoki brzuszne uda się wybadanie przebiegających po przodkowej i bocznej powierzchni obrzęku więzadeł okrągłych macicy, lub gdy sondowanie jest możebnem i wykaże wielkie wydłużenie jamy macicy, to rozpoznanie w całości powiększonej macicy jest pewnem. Gdy te cechy zawodzą, wówczas można spodziewać się jeszcze wskazówek z badania przez odbytnicę, z równoczesnem ściąganiem części pochwowej ku dołowi.

Włókniki podśluzowe dopóki nie osiągną pewnej wielkości, łatwo mogą być przeoczone, gdyż nieznaczne powiększenie macicy i krwotoki w czasie miesięczkowania bywają zwykle uważane za objaw przewłocznego zapalenia mięszu lub błony śluzowej jamy macicy. Dopiero uporczywość objawów zmusza nas do rozszerzenia szyi, poczem, albo palcem wsuniętym w jamę macicy uda się

wy badać istnienie obrzęku, lub zapomocą sondy stwierdzić znaczne zgrubienie ściany. W razach większych obrzęków, powiększenie macicy okazującej znaczną zbitość, cechujące bóle kurczowe towarzyszące miesiączkowaniu, a wreszcie skrócenie lub zanik szyi i rozwarcie ujścia, przez które bezpośrednio wy badać można dolny odcinek obrzęku, upewniając rozpoznanie. W przypadkach wątpliwych nie należy zaniedbać badania w czasie miesiączkowania, gdyż wówczas, szczególnie w ostatnich 2ch dniach okresu miesiączkowego, lub tuż po nim, szyja może całkiem zaniknąć, a ujście się otworzyć. W jednym przypadku Ch r o b a k a<sup>1)</sup> następowało to zawsze 13-go dnia po peryodzie.

Włókniaki szyi macicznej zwykle łatwo dają się rozpoznać, tak, że nawet małe podsurowicze i podśluzowe nie ujdą uwadze. Mięszkowe rozpoznajemy potem, że obrzęk twardy, okrągły, znajdujący się w pochwie, przechodzi bezpośrednio t. j. bez granicy, w sklepienie tylne lub przodkowe, a po stronie przeciwnej przylega do niego ściśle ścięczała i rozciągnięta wolna warga macicy, tworząc z obrzękiem ujście kształtu półksiężycowej ciasnej szpary, jak to powyżej opisano.

Bardzo utrudnia rozpoznanie stósunku obrzęku do części otaczających, znaczna jego wielkość, w obecności niepodatnej, wazkiej pochwy kobiet niezamężnych i tych, które nie rodziły, gdyż wówczas dosięgnięcie sklepień bywa niekiedy niemożliwym. Największe zaś trudności stwarzają włókniaki szyi podotrzewnowe, lub rozrastające się w tkance łącznej okołomaciczej lub zapochwowej, jeżeli dosięgną znacznej wielkości i zaklinują się w małej miednicy. Macica wówczas, wypchana ku przodowi i w górę, nieda się czasem dosięgnąć przez pochwę i sterczy, jak już wspomniano, jako mały dodatek na przodkowym górnym odcinku obrzęku. Na tę cechę rozpoznawczą zwrócił pierwszy uwagę Breisky<sup>2)</sup>. W przypadkach wątpliwych poleca się użycie wszystkich środków badania w głębokiej narkozie.

**Rokowanie** o włókniakach, jako zależne od bardzo wielu względów, nie da się ująć w żaden ogólnik. Wchodzą tu bowiem w rachubę: wiek chorej, jej stan ogólny, obecność znacznych krwotoków i dolegliwości, lub brak ich, wielkość włókniaka, jego siedziba,

<sup>1)</sup> *Samml. klin. Vortr. Neue Folge.* Nr. 43. — <sup>2)</sup> *Zeitschrift. f. Heilkunde.* V.

wzrastanie szybkie lub powolne, obecność lub brak zwyrodnienia. a w końcu warunki, w jakich chora żyje.

Prócz tego nadmienić tu należy, że w przypadkach włókniaków rokowanie bezwzględnie złem bywa bardzo wyjątkowo; a jeżeli mówimy o złem rokowaniu, to mamy na myśli te przypadki, w których przewidujemy możebność uleczenia tylko zapomocą operacyi tego rodzaju, która życie chorej naraża na niebezpieczeństwo. Tu zatem rokowanie znowu zależy od tego, jakiego rodzaju operacyą może chora być radykalnie uleczoną, co znów zawisło od usadowienia włókniaka i jego wielkości. Bezwzględnie dobrem tylko rzadko może być rokowanie w przypadkach włókniaków, gdyż i włókniaki kobiet starszych, nawet znajdujących się dawno poza okresem zwrotu płciowego i przez dłuższy czas niewzrastające, mogą jeszcze (wprawdzie rzadko) zacząć wzrastać szybko, skutkiem zwyrodnienia torbielowego lub złośliwego. Czem chora jest młodszą, czem włókniak szybciej wzrasta, czem krwotoki są znaczniejsze, czem żywsza czynność płciowa, czem mniejsza przystępność do wyłuszczenia włókniaka przez pochwę i czem mniej skuteczne działanie leczenia objawowego, tem rokowanie jest gorsze, a najgorszem, ze względu na konieczność ciężkiej operacyi, gdy włókniak swem usadowieniem sprawia objawy uwięzienia narządów małej miednicy, lub gdy rozwija się międzywieszadło.

W końcu, w powyższych warunkach, rokowanie będzie gorszem u kobiet żyjących w trudnych warunkach z pracy rąk, niż u zamożnych, mogących unikać wpływów szkodliwych i pozostających stale w opiece i kontroli wprawnego i doświadczonego ginekologa.

**Leczenie** włókniaków dzielimy na przypadowe i doszczętne. Podziału tego nierozumiemy tak, aby wybór pomiędzy jednym a drugim był dowolnym, lecz tak, że do leczenia doszczętnego uciekamy się wówczas, gdy po wyczerpaniu wszystkich środków leczenia przypadowego, objawy i przebieg włókniaków do tego nas zmuszają, a tu zaraz winniśmy dodać, że uwzględniając to, co powiedzieliśmy o przebiegu włókniaków, w wielkiej części przypadków leczenie przypadowe wystarcza, a czasem zupełnie jest w stanie zastąpić uleczenie doszczętne, czyli takim się staje.

**Leczenie przypadowe czyli objawowe włókniaków.** Głównymi przypadkami, przeciwko którym należy z wszelką energią wystąpić są: krwotoki i wzrastanie włókniaków. Na szczęście posiadamy

środki, które w wielu przypadkach są w stanie obu tym celom zadość uczynić, a takimi są: przetwory sporyszu, (*Secale cornutum*) i stósowanie elektryczności, w postaci silnych prądów stałych, a wreszcie po wyczerpaniu wszystkich środków i w przypadkach do tego stósownych, przyspieszenie okresu zwrotu płciowego (*Climax anticipata*), przez trzebieenie czyli wycięcie jajników (*Castratio*). Hildebrandt<sup>1)</sup> wy dobył z zapomnienia przetwory sporyszu w leczeniu włókniaków podając, że na 25 przypadków leczonych podskórniemi wstrzykiwaniami ergotyny, osiągnął 5 doszczętnych uleceń, to znaczy zupełne zniknięcie poprzednio z pewnością rozpoznanych włókniaków. Jakkolwiek takim wynikiem prócz Hildebrandta i Liebrechta, (który po 52 wstrzykiwaniach podaje zniknięcie włókniaka wyżej pępka sięgającego), nikt prawie poszczycić się nie może, to liczne doświadczenia w tym kierunku czynione dowodzą prawdziwej wartości tego środka, którym w wielu przypadkach osiągnięto albo tylko zmniejszenie lub ustanie krwotoków i przyspieszenie menopauzy, lub zarazem i zmniejszenie obrzęku, lub ustanie wzrastania.

Gdy wpływ sporyszu tłómaczymy sobie wywołaniem skurczu naczyń i włókien mięsnych samego włókniaka i mięśni macicy, które wywołują zmniejszenie odżywiania i przeobrażenie wsteczne, zatem najlepszych skutków spodziewać się można z tego leczenia w razach włókniaków mięsnych, a więc otoczonych utkaniem macicy i nieodgraniczonych ściśle od niego, a składających się przeważnie z włókien mięsnych (*Myomata*). Drugiem ważnem działaniem sporyszu jest to, że włókniak mięsny skurczami macicy stać się może podśluzowym, zatem przystępnym doszczętnemu wyluszczeniu lub wyluszczającemu się dobrowolnie, lub staje się podotrzewnowym a wówczas ustają stale krwotoki. Najniekorzystniejszym jest działanie sporyszu, gdy z powodu zmniejszonego odżywiania włókniak obumrze i posoczeje, co jednak należy do rzadkości.

Przetworem sporyszu najwięcej używanym jest: *Extractum secal. cornuti aquos. bis depurat.* 3 — 4,0 na 10.0 wody, do czego dodać można dla trwałości jedną kroplę *Acid. carbol. liquefact.* Z rozczynu tego wstrzykujemy pełną strzykawkę głęboko w tkankę łączną podskórną, najlepiej w okolicy podbrzusza, poczem, jeżeli zachowamy przepisy postępowania bezgnilnego, nie tworzą się nigdy ropnie, tak, jak to dawniej często się wydarzało.

<sup>1)</sup> *Berliner klin. Wochenschrift.* 1872.

Z innych przetworów sporyszu używają do wstrzykiwań: *Ergotinum dialysatum* Wernich, które poddano dyfuzji przez pergamin. Przetwór ten jest drogim i łatwo psującym się. Używany rozczyń jest 1:5 — 1:3. — Podwysokiego i Dragendorffa *Acidum sclerotinicum* także łatwo się rozkłada, a wstrzykiwania tego przetworu są bolesne. Dawka używana 0·04—0·05. — Kobert<sup>1)</sup> wytworzył z ergotyny dwa ciała: *Acidum sphaelinicum* i *Cornutin*. Pierwszemu przypisuje działanie podniecające skurcze macicy typowe, drugiemu tężcowe. Wyciąg zawierający oba ciała uchodzi pod nazwą *Extractum cornutino—sphaelinicum*. Działanie Cornutinu zachwala Erhard<sup>2)</sup> w dawkach wewnętrznie podawanych po 5 miligramów w pigułkach. Prócz podanych przetworów istnieje jeszcze: *Extr. seceal. cornuti* Denzel, polecane przez klinikę w Tubindze i *Extr. fluidum* Kohlmana. Dawniej już znane *Extr. fl.* Bombelon pojawiło się ostatnimi czasy, jako dawki do wstrzykiwań podskórnych, zatopione w szklanych banieczkach.

Jeżeli chore dobrze znoszą wstrzykiwania, należy je powtarzać dwa razy tygodniowo lub nawet co drugi dzień. Najmniejsza ilość wstrzykiwań, po których można się spodziewać trwalszego skutku jest 30 — 50ciu, a największą ilość, jaką na jednej chorej wykonano, podaje Schorler 600, a Winckel w jednym przypadku w przeciągu lat 10ciu wykonał ich 1500. Z zestawienia Schorlera wynika, że działanie korzystne widocznem było w 60% przypadków, a dobre wyniki zawisły od wyboru stosownych obręzków i bliskości wieku zwrotu płciowego.

Uboczne skutki ergotyny rzadko występują, tak że Schorler, który wstrzykiwań najwięcej wykonał, podaje sposoczenie włókniaka z dobrem zejściem w dwóch przypadkach, afazję w 1, mrowienie w palcach w 1, gorączkę i wymioty w 1 przypadku. Winckel podaje przypadek rojnicy (*Ergotismus*) po jednej dawce 0·21. Landau<sup>3)</sup> zwraca uwagę na nierównie gorsze skutki długotrwałego leczenia ergotyną, mianowicie przypisuje im najważniejszy wpływ na zwyrodnienie naczyń i mięśnia sercowego, które bywa przyczyną, że chore takie ewentualnie koniecznej operacji nie wytrzymują i umierają z porażenia serca. Czy wpływ ten ergotyny jest ważniejszym na sprawę zwyrodnienia, niż utraty krwi i niedokrewność, nieda się stanowczo rozstrzygnąć, lecz w każdym razie od nadużycia tego środka powinien powstrzymać. Cokolwiek zresztą by się czytało lub słyszało o niekorzystnym ubocznym wpływie sporyszu, to zawsze do użycia tego środka zachęcają przypadki szczególnie dobroczynnego działania na sam włókniak. I tak w jednym przypadku, w którym radziłem

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gynaecol.* 1886. — <sup>2)</sup> tamże. — <sup>3)</sup> *Lancet* 1879.

wykonywanie wstrzykiwań u chorej, będącej pod kontrolą kol. Mer-czyńskiego i Schramma, po dwudziestu kilku wstrzykiwaniach zmniejszył się obrzęk wielkości głowy więcej niż o połowę.

Jeżeli chore nieznoszą wstrzykiwań, należy podawać sporysz wewnątrznie, jako ergotyne 0,15 — 0,20 dwa do trzech razy dziennie, w rozcynie lub w pigułkach. Bell<sup>1)</sup> poleca tę samą dawkę w czopkach stolcowych. Można także podawać sporysz jako taki w pigułkach: *Rp. Secal. cornut. recent. pulv. 5,00, Mucillag. gummi arab. q. s. f. pill.* Nr. 50. S. 3 razy dziennie po 3 pigułki.

Działanie *Extr. hydrastis canadensis*, na które zwrócił uwagę lekarzy Schatz<sup>2)</sup> (*Warneria canadensis Milleri*), a który podług Hogego zawiera alkaloidy *Hydrastin* i *Berberin*, jest w działaniu na włókniki i przypadki im towarzyszące nierównie mniejszej wartości niż sporysz, a znacznie skuteczniejszym *Hydrastyninum muriaticum* w gotowych pastylkach, w dawkach po 0,025, 2—3 razy dziennie. Bez żadnej wartości jest *Extractum gossypii liquidum*. Lucas Championnière<sup>3)</sup> poleca proszek z wierzchołków jałowca sawiny: *Rp. Summitatum. juniperi sabinæ* po 0,50 dziennie, przez szereg lat całych, a Litzmann w naparze 15:200, 3 razy dziennie po łyżce.

Drugim skutecznym środkiem, a obecnie takim, który wyruguje z użycia ergotyne, jest stósowanie na włókniki prądu stałego znacznej siły, czyli metoda leczenia Apostoli'ego z Paryża.

Jakkolwiek już przed Apostolim z rozmaitym skutkiem próbowali elektryczności Amerykanie jak Cutter, Brown, Kimball w roku 1874, a równocześnie Semelender<sup>4)</sup> w ten sposób, że elektrody w postaci igieł wbijali w obrzęk przez powłoki brzuszne, to jednak wykształcenie sposobu leczenia jako wykończonej metody, wykazanie pomyślnych wyników, a tem samem rozpowszechnienie jej, jest wyłączną zasługą Apostoliego. Umożliwił on bowiem stósowanie prądów wielkiej siły, gdyż do 200 miliamperów i wyżej przez użycie na brzuch elektrody wielkich rozmiarów, ściśle dozowanie prądów zapomocą galwanometra dokładnego, a w końcu łagodne stopniowanie zapomocą reostatu.

Przyrząd służący ku temu celowi bywa albo przenośnym lub stałym. Przenośny ma tę korzyść, że leczenie może się odbywać w domu chorej, co jest wielką korzyścią, a tę niekorzyść, że elementa trzeba często odnawiać i dbać troskliwie o cały aparat. Stały zaś aparat napełnianym być może tylko raz na rok i nigdy nie odmawia czynności, czyli nigdy nie zawodzi. Składa on się z 30 — 40

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1880. Nr. 11. — <sup>2)</sup> *Naturforscher. Versamml.* Freiburg. 1883. — <sup>3)</sup> *Lyon médical.* 1880. — <sup>4)</sup> *Wiener med. Presse.* 1876.

dużych elementów Leclanche'go (cynk, węgiel i salmiak w zgęszczonym roztworze), następnie z galwanometru, reostatu i przyrządu do zmiany prądu, a w końcu z przewodników czyli drutów i stósonowych elektrod, z których jedna spoczywa na brzuchu, a drugą wprowadzamy do jamy macicy.

Elektroda zewnętrzna powinna być jak największą, a zarazem jak najściślej przylegać do całej powierzchni. Warunkom tym w zupełności czyni zadość tylko i wyłącznie (co z naciskiem powtarzam), elektroda A postoli'ego uformowana z gliny, której rzeźbiarze używają do modelowania.

Taką elektrodę przyrządzamy sobie sami w ten sposób, że na płaskiej porcelanowej miseczce takiej, jakiej używamy na narzędzia w czasie operacji, kładziemy tak duży kawałek cienkiego płótna, aby nim okryć całą warstwę gliny, uformowanej w placek na 1 cm. grubości, 20 — 25 cm. długości i 15 cm. szerokości, co zresztą zależnem jest od wielkości powierzchni obrzęku. Placek ten kładziemy na brzuchu w miejscu obrzęku wyczuwalnego, a na nim płytę o małą co mniejszą, ołowianą, połączoną przewodnikiem z aparatem.

Jakkolwiek glina pod względem przylegania ściśłego do całej powierzchni niczem się nie da zastąpić, to z powodu pewnego zachodu, jakiego potrzeba do uformowania z niej elektrody, używają szczególnie w Niemczech tak zwanej Moospappe, którą taniej, a równie dobrze udało mi się zastąpić tak zwaną Holzpappe. Przyleganie jednak elektrody z tych materiałów jest o wiele gorszem, zatem rozproszanie prądu nie tak jednostajnem i pieczenie skóry o wiele znacznie szersze, co czyni stósonowanie silniejszych prądów z powodu bolesności prawie niemożliwym.

Drugą elektrodą, czyli tak zwaną elektrodą czynną, jest zgłębnik maciczny, połączony przewodnikiem z aparatem. Ponieważ każdy metal działaniem elektrolitycznem rozpuszcza się, zatem najstósonowniejsza jest sonda miedziana z powłoką platynową. Gdy zaś część sondy w pochwie leżąca nie powinna działać, to po wsunięciu sondy ile się da w jamę macicy, nasuwamy na część w pochwie leżącą rurkę gumową aż do ujścia zewnętrznego, gdyż użycie wziernika ze zbitego sprężnika utrudnia wsunięcie sondy. Najlepiej zatem założyć wziernik Neugebauera, chwycić wargę przodkową kleszczykami, jeżeli bez tego się nie udaje wprowadzenie, oczyścić część pochwową i szyję macicy pęczkami waty zamoczonymi w roztworze 1‰ sublimatu i sondę czystą, wypaloną, lub wyjętą z 5‰ wody karbolowej, w której stale jest zamoczona, wsunąć w jamę macicy, wyrównując zagięcia szyi pociąganiem kleszczykami, a gdy to się udało, wyjmujemy metalowy wziernik Neugebauera, a drut izolowany idący od sondy,



zakręcamy raz naokoło śrubki, umieszczonej na płycie brzusznej, aby przeszkodzić wysuwaniu się sondy i możebnemu, a wstrząsającemu i szkodliwemu przerwaniu prądu. Na tem przygotowanie skończone i teraz po mocnem zakręceniu śrubek, utwierdzających druty, przystępujemy do elektryzowania.

Tu zawisło bardzo wiele od dobroci reostatu, który tak powinien być urządzonym, aby wzmacnianie prądu odbywało się jak najłagodniej, t. j. bez skoków. Temu zadaniu nie odpowiadają reostaty metalowe Hirschmanna z Berlina, gdyż w końcowych czopkach tworzy prąd skoki, wynoszące do 20 M. A., zatem bardzo dla chorych dotkliwie. Najlepszym ma być reostat na aparatach GaiFFE'a z Paryża, a u Leitera w Wiedniu widziałem działanie reostatu Lewandowskiego, nie pozostawiające nic do życzenia.

Co do pytania, czy wsunięta w macicę sonda ma być Anodą czy Katodą, a więc czy użyć mamy prądu w jamę macicy wstępującego, czy też z niej występującego, poleca Apostoli anodę w przypadkach krwotoków, zatem gdy zależy na wytworzeniu silnego strupa na błonie śluzowej, czyli na przyżeganiu jej, a katodę, gdy chcemy działać na obrzęk elektrolitycznie.

Co do użycia siły prądu, to wielka miara i ostrożność aż do przesady są koniecznymi warunkami, podobnie jak ściśle przestrzeganie postępowania bezgnilnego. W pierwszych posiedzeniach nie należy przekraczać 50 M. A. siły prądu, a później w miarę obojętności chorej i na silniejszy prąd, można stopniując go każdym razem o 20 M. A. dojść po 6 — 7 posiedzeniach do 150, a nawet 200 M. A., lecz tylko na  $\frac{1}{2}$  minuty. Długość posiedzenia także zależy od tolerancyi chorej na prąd i wacha się od 5 — 20 minut, poczem siłę prądu osłabiamy zwolna tak, jakeśmy ją wzmacniali, a po ustaniu prądu i odjęciu elektrod, polecamy chorej spokojne leżenie przez 1 — 2 godzin. Posiedzenia te powtarzamy 2 — 3 razy tygodniowo w miarę tego, jak bywają znoszone.

Skuteczność tego leczenia dziś już nieda się zaprzeczyć z tem jednak nadmienieniem, że nie w każdym przypadku możemy osiągnąć pożądane wyniki, tak, jak w ogóle naszymi środkami leczniczymi. Kto zatem w elektryczności upatruje niezawodny środek do objawowego i doszczętnego leczenia włókniaków, ten dozna niemiłego rozczarowania. Z własnego doświadczenia zaś powiedzieć mogę, że w wielu przypadkach stanowczo i na długi czas powstrzymuje krwawienia, w wielu usuwa delegliwości, a w najmniejszej ilości przypadków wpływa na widoczne zmniejszenie włókniaków. Zmniejszenie

się włókniaka blisko o połowę widziałem w 17 moich przypadkach raz tylko, powstrzymanie krwawień w 10 przypadkach, żadnego wpływu na krwotoki w 4-ch przypadkach, a zwiększenie się krwotoków w 2-ch przypadkach.

Nie miejsce tu, abym się rozwodził nad teoryami działania prądu. Najważniejszym czynnikiem zdaje się tu być pobudzenie kurczliwości macicy i samego włókniaka, a działanie anody na błonę śluzową podobne do działania żegadła, jest mniejszego znaczenia, a prawdopodobnie żadnego znaczenia nie można przypisać działaniu międzybiegunowemu (*interpolare Wirkung*), czyli elektrolitycznemu, i dlatego nazwa elektroliza nie jest stósowną. Działanie zatem schodzi na to samo, co działanie ergotyny, lecz jest silniejszym i wolnem od ubocznych skutków, zatem korzystnie ergotynę zastępuje. Tak samo jak po ergotynie zauważano też, że włókniak miąższowy staje się czasem podśluzowym. Skutku tego każe się domyślać l. Veit<sup>1)</sup>, gdy śród leczenia krwotoki nie tylko nie ustają, lecz zwiększają się, podczas gdy ustanie krwotoków może się tłómaczyć tem, że włókniak miąższowy zastaje kurczami macicy wypartym pod otrzewną. Wygodzki<sup>2)</sup> podaje dwa przypadki, w których włókniaki miąższowe, skutkiem tego leczenia, stały się przystępne wyłuszczeniu przez pochwę.

Poznaliśmy zatem w ergotynie i w elektryczności dwa środki leczenia przypadkowego, które jednak często mogą doprowadzić do uleczenia względnego, a wyjątkowo do zupełnego.

Nierównie mniej spodziewać się można takiego wyniku po innych środkach, mianowicie po jodzie, który dawniej w znacznych dawkach podawano chorym, a obecnie polecają jeszcze w postaci solanek zawierających jod. Nieda się też zaprzeczyć, że kąpiele solankowe i dobre powietrze w wielu przypadkach wywierają wpływ korzystny na odżywienie chorych i zmniejszenie się dolegliwości, szczególnie pochodzących od ograniczonych zapaleń otrzewny. Nierównie rzadziej już powstrzymują one na jakiś czas wzrost włókniaków lub wpływają na zmniejszenie ich, a przypadki, w których u wód solankowych miało nastąpić zupełne zniknięcie włókniaków, w największej części polegać musiały na pomieszaniu wypocin zapalnych z włókniakiem.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gynaecol.* 1890. str. 506. — <sup>2)</sup> *Gazeta lekarska* 1891. str. 906.

Im więcej chore są niedokrewne, tem gorzej znoszą kąpiele solankowe, a z podawania żelaza nawet w przypadkach, w których dobrze bywa znoszonym, nigdy prawie wybitnego skutku na polepszenie niedokrewności spodziewać się nie można. U chorych otyłych z niedowładem kiszki, poleca się z korzyścią używanie wód Marienbadzkich.

Zanim przystąpimy do opisanych powyżej środków leczenia, często zmuszeni jesteśmy do natychmiastowego wystąpienia przeciwko dwóm głównie przypadkom, t. j. przeciw groźnym krwotokom i przeciw dolegliwościom, mianowicie bólom.

Wobec istniejącego krwotoku pierwszym, środkiem którego użyć powinniśmy, jest ściśle wytamponowanie pochwy. Tu zaraz musimy wspomnieć, że tampony w postaci gałek z waty związanych nitką, są tu niestosowne, gdyż nie wypełniają ściśle pochwy. Najlepiej zatem po opróżnieniu pochwy ze skrzepów i po wypłukaniu jej 2% wodą karbolową, wsunąć dwa palce w pochwę i ucisnąć nimi wędzidełko warg sromowych ku tyłowi, a drugą ręką małe pęczki waty ujęte w kleszczyki, wsunięte po palcach ugniatać w tylnem sklepieniu pochwy i użyć tak dużo waty, dopóki cała górna połowa pochwy ściśle wypełniona nie zostanie. Szybkiemu rozkładowi krwi i obrzydliwej woni waty, pozostającej przez kilkanaście godzin w pochwie, można skutecznie zapobiedz, używając do pierwszych warstw skrawków gazy jodoformowej lub gazy jodoformowej w postaci bandażu przyrządzonej<sup>1)</sup>, którą najłatwiej pochwę wypełnić możemy.

Prócz tamponady polecamy jeszcze dodatkowo okład zimny na brzuch, w postaci worka z lodem na wilgotnym okładzie położonego i podajemy ergotyne wewnątrznie 1,0 jako jednorazową tylko dawkę, lub też od tej chwili zaczynamy leczenie wstrzykiwaniami podskórnymi ergotyny.

Tamponadę trzeba zmienić, gdy krew w znacznej ilości przecieka, a w przeciwnym razie pozostawić ją można przez 24 godzin.

W przypadkach, w których tamponada zawodzi, uciekamy się do powstrzymania krwotoku przez wstrzyknięcie *liq. ferri. sesquichlor*, w jamę macicy, po poprzedniem rozszerzeniu szyi. Krwotok po wstrzykiwaniu najczęściej zaraz ustaje, poczem przez kilka dni trwają brudne odchody. Skutek tych wstrzykiwań bywa albo przelotny, tak, że

<sup>1)</sup> Bylicki. *Jodoform - Gaze zu gynaecologischen Zwecken. Centrallbl. f. Gyn.* 1893. Nr. 3.

je powtarzać trzeba w czasie następnych okresów miesięczkowych lub trwa przez dłuższy czas, a wyjątkowo może być stałym, co sobie tłómaczymy bliznowatym przeobrażeniem błony śluzowej. W przypadku G. Brauna owrzodzenia po wstrzykiwaniu sprawiły zrost z przeciwną ścianą, tak, że jama macicy właściwie przestała istnieć.

Bozczyn półtorachlorku żelazawego jest zatem środkiem w wielu razach bardzo użytecznym, jeżeli przy zastosowaniu zachowamy wszelkie konieczne ostrożności i uczynimy zadość zasadom postępowania bezgnilnego. Pomimo to jednak powierzchowne nawet owrzodzenia, które sprawia, mogą zniszczyć cienką torebkę włóknia i stać się przyczyną zapalenia posokowego i to najczęściej z zejściem śmiertelnym. Polecana także nalewka jodowa nierównie słabiej działa na powstrzymanie krwotoku.

Jeżeli krwotoki z uporczywością i znacznym nasileniem powracają, pomimo leczenia wskazanymi sposobami, wówczas poleca się zeszkrobanie całej przerosłej błony śluzowej jamy macicy z następnym kilkurazowym wstrzyknięciem nalewki jodowej, jak to opisaliśmy na str. 219 i 220. Pomimo gorącego polecenia Bunge'go<sup>1)</sup> należy środek ten uważać jako ostateczną próbę, gdyż skaleczenie zbyt cienkiej, w naprężonych miejscach, błony śluzowej, łatwo może sprawić sposoczenie torebki i samego włóknia, a brak niepomyślnych wydarzeń w przypadkach Bungego należy przypisać ściśle przestrzeganej aseptyce.

Z innych środków, przeciw krwotokom polecanych, wymieniamy jeszcze: rozcięcie szyi macicznej z nacięciem ujścia wewnętrznego aż do torebki włóknia podśluzowego lub mięszowego, które polecali Baker Brown, Mack Clintock, Nelaton i Spiegelberg<sup>2)</sup>. Działanie na powstrzymanie krwotoku polega tu prawdopodobnie na przecięciu naczyń błony śluzowej i zmniejszeniu napięcia.

Skuteczniejszym sposobem, w obecności włóknia podśluzowego, jest przecięcie pokrywającej go błony śluzowej w całej długości w ten sposób, że po rozszerzeniu szyi wsuwamy lekko zagięty nożyk z zaokrąglonym końcem wysoko w jamę macicy i cofając go, ostrzem zwróconem do włóknia, przecinamy błonę śluzową, czyli przecinamy jej naczynia, które potem zanikają. Gusserow poleca

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gynaecol.* T. XXXIV. 1889. — <sup>2)</sup> *Monatschrift f. Geburstkunde* T. XXIX. 1867.

w przypadkach bardzo uporeczywych zamknięcie ujścia macicznego jednym szwem, obejmującym obie wargi, który pozostawić możemy przez 24 — 48 godzin.

Z szeregu innych przypadków najważniejszymi po krwotokach są bóle. Jeżeli one mają cechę zapalną, to znaczy, jeżeli za dotykaniem zwiększają się znacznie, polecamy spokój i zimne okłady. Dla usunięcia bólów pochodzących z prężenia i ucisku polecamy łatwo strawne pożywienie, środki lekko przeczyszczające i przeciw tym, jakoteż tym samym bólom, narkotyki, mianowicie morfinę lub opium i to najlepiej w czopkach stolicowych.

W razach znacznego naprężenia ścian brzusznych należy polecić noszenie podpaski brzusznej „*ceinture hypogastrique*“.

Jeżeli występują objawy uwięźnienia obrzęku w jamie miednicy, należy starać się go wysunąć ku jamie brzusznej i to najlepiej w narkozie. Im większe trudności towarzyszą temu wypchaniu, tem stałej, po jego dokonaniu, obrzęk utrzymuje się ponad miednicą małą. Powrotowi do małej miednicy skutecznie czasem zapobiedz można dużym krążkiem gumowym, jak to u jednej z moich pacjentek od lat 8miu z dobrym skutkiem czynię.

Wspomnieliśmy już wyżej, że do leczenia przypadowego zaliczamy przyspieszenie okresu zwrotu płciowego (*Climax anticipata*) przez trzebieenie czyli wycięcie jajników (*Castratio*).

Odjęcie prawidłowych jajników pierwszy wprowadził, jako operację ginekologiczną, B attey w roku 1872. (*Normal ovariotomy*). Z powodu zaś włókniaków macicy, niezależnie od siebie, wykonali trzebieenie Trenholme<sup>1)</sup> i Hegar<sup>2)</sup> w roku 1876.

Do trzebieienia bardzo się z początku entuzjazmowano, upatrując w operacji tej sposób, który w przyszłości może zastąpić nierównie niebezpieczniejszą myomotomię. Z biegiem doświadczeń jednak wskazania bardzo się zacieśniły, gdy pomnożyła się ilość przeciwwskazań, jakimi są: 1. znaczna wielkość obrzęku, która czyni trzebieenie operacją ciężką z powodu trudności, a czasem niemożności wyszukania jajników i odjęcia ich; 2. włókniaki podotrzewnowe, wybitnie podśluzowe, międzywiązadłowe, włókniaki mięszzowe szyi macicznej, oraz istnienie torbielowego zwyrodnienia włókniaków, gdyż w tych przypadkach trzebieenie pozostaje bez żadnego wpływu na nie.

<sup>1)</sup> *Americ. Journal of. obstetr.* 1876. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1877.

Wskazanie do trzebienia tworzą zatem nie wielkie włókniaki mięszone, sięgające do pępka lub mało co wyżej, jeżeli jedynym objawem, nie dającym się w żaden inny sposób uleczyć, są krwotoki, które sprawiły znaczną niedokrewność, a tem samem uczyniły wynik operacji doszczętej bardzo wątpliwym lub włókniaki nieruchome (Zweifel<sup>1)</sup>, których doszczętne odjęcie byłoby bardzo trudnem; zatem jako próba ominięcia tej konieczności.

W warunkach ułatwionych, w obecności mniejszych obrzęków, wykonywamy cięcie brzuszne w linii białej brzucha, pomiędzy pępkiem a spojeniem kości łonowych na 8 cm. długie, tak, aby przez nie można wsunąć 3 palce, którymi, z dna macicy schodząc na bok, wyszukujemy jeden jajnik i wyciągamy go przed ranę. Zazwyczaj z jajnikiem występuje i koniec trąbki. Jeżeli krezka jajnikowa (*Mesovarium*) jest dostatecznie długą, przekłuwamy ją igłą nawleczoną podwójną nitką jedwabną i podwiązujemy na obie strony, lub po prostu podwiązujemy bez przekłucia, poczem na zewnątrz od podwiązki przepalamy część krezki i wiąż jajnikowy termokauterem, a następnie to samo powtarzamy po drugiej stronie. Jeżeli zaś krezka jajnikowa jest za krótka, odejmujemy wraz z jajnikiem i część trąbki, (aby nie pozostawić części jajnika lub przyjajnika), podwiązując ją osobno, a poza tą podwiązką jeszcze raz wspólnie.

Nawet w warunkach pozornie łatwych, w obecności małych obrzęków, może być operacja w wysokim stopniu utrudnioną zapalnymi zrostami jajników, z których niekiedy jajnik tylko z wielką trudnością daje się odosobnić.

W przypadkach wielkich włókniaków bywają znaczne trudności nie tylko w odjęciu jajników, ale i w wyszukaniu ich, które się czasem nawet nieudaje. Jeżeli krezka jajnikowa jest bardzo krótka, musimy ją wówczas okłuwać, przyczem, w razach bardzo obfitych naczyń, z każdego nakłucia może występować tak obfite krwawienie, że wymaga niekiedy szybkiego zdecydowania się na wycięcie całego włókniaka, a sprawa jeszcze staje się trudniejszą, gdy włókniak międzywładzowy całkiem rozciągnie kreskę jajnikową, tak, że jajnik ściśle do obrzęku przylega.

Odszukanie jajnika ułatwia zwrócenie włókniaka bokiem ku przodowi, a niekiedy dla samego odszukania trzeba cięcie brzuszne znacznie poza pępek przedłużyć. Dlatego też Hegar uważa za ko-

<sup>1)</sup> *Vorlesungen über klin. Gynaecologie*. Berlin 1892.

nieczny warunek, aby przed przystąpieniem do operacji położenie jajników ściśle zostało oznaczonem.

Prócz cięcia w linii środkowej brzucha używano i cięcia bocznego — *Flankenschnitt*,—gdy umiejscowienie jajników dało się poprzednio oznaczyć przez obmacywanie brzucha. Korzyści są te, że jajnik zaraz pod cięciem znajdujemy, a niekorzyści, że wykonać trzeba dwa cięcia i przeciąć mięśnie ukośne, które się potem kurczą przez co blizna staje się zbyt cienką. Cięcia boczne równoległe do więzów Pouparta wykonał raz Hegar. Cięcia przez tylne sklepienie, tak jak je pierwszy raz, w celu wycięcia jajników z innej przyczyny, wykonał Battey, poleca się wówczas, gdy oba jajniki nad tylnym sklepieniem dadzą się wy badać. Jajniki odjęte bardzo często znajdujemy nieprawidłowymi, a najczęściej dostrzeganą zmianą bywa drobnotorbielowe zwyrodnienie (*Kleincystöse Degeneration*).

Na wpływ wycięcia jajników składa się nietylko samo usunięcie ich lecz i podwiązanie naczyń nasiennych (*vasa spermatica*), a tem samem zmniejszenie odżywienia obrzęku. Hofmeyer przypisuje wielki wpływ już samemu podwiązaniu naczyń, a Rydygier<sup>1)</sup> w jednym przypadku osiągnął znaczne zmniejszenie się włókniaaka, zastępując trzebieenie obustronnem podwiązaniem tętnic nasiennych, macicznych i więzów okrągłych.

Śmiertelność po trzebieieniu podawana na 10 — 14%, jest wprawdzie wielką, lecz bez wątpienia byłaby o wiele mniejszą, gdyby trzebieenie ograniczono ściśle do podanego wskazania, od którego też zażyły i skutki pomyślne.

Bezpośrednio po trzebieieniu zauważać można znaczne zastoinowe powiększenie obrzęku, które po kilku dniach ustępuje razem z towarzyszącem krwawieniem lub krwotokiem z jamy macicy. Miesiączkowanie od tego czasu albo całkiem się już nie pojawia (podług Hegara w 75% przypadków), lub trwa jeszcze przez kilka okresów miesięczkowych.

Dolegliwości właściwe prawidłowemu okresowi zwrotu płciowego występują tu często z większem nasileniem, tak, że mogą chwilowo przyćmiewać obiecywane dobre skutki operacji.

Z przyspieszonym okresem zwrotu płciowego często też zauważać można powolne zmniejszanie się, a czasem zupełne zniknięcie włókniaaka. W 66 przypadkach trzebieienia wykonanych przez Wiedowa<sup>2)</sup> miało to nastąpić aż 24 razy.

<sup>1)</sup> *Wiener klin. Wochenschr.* 1890. Nr. 10. — <sup>2)</sup> *Beitr. zur Geb. u. Gyn. Festschrift f. Hegar.* Stuttgart. 1889.

Niekorzystne wyniki operacji już bezpośrednio po niej mogą się pojawić. Nie licząc zapalenia otrzewny, którego uniknąć można przez ścisłą aseptykę, może włókniak obumrzeć i sposoczeć. Zauważano także po trzebieniu obecność zakrzepów (*Thrombosis*) wielkich żył brzusznych, które w przypadkach *Martina* i *Olshausena* były przyczyną zatoru tętnicy płucnej z zejściem śmiertelnym. Jeżeli obrzęk surowiczy, który wydarza się jako bezpośrednie następstwo trzebienia, trwa przez dłuższy czas, to może sam przez się, lub przez następne rozszerzenie naczyń chłonnych, sprawić torbielowe zwyrodnienie i szybkie wzrastanie włókniaka. W końcu wydarzają się przypadki, w których trzebienie pozostaje bez żadnego wpływu na ustanie krwotoków.

**Doszczętne leczenie włókniaków, za pomocą bezpośrednich rękoczynów.** Włókniaki, mogą być usunięte za pomocą rękoczynów, albo przez pochwę, lub od jamy brzusznej, po rozcięciu powłok brzusznych — *Laparotomia*.

Jakkolwiek wybór jednego albo drugiego sposobu zależnym jest od danych warunków, to jednak z góry już zastrzedz się musimy, że podanie ścisłych granic jest niemożliwym, gdyż wskazania do jednego, lub drugiego sposobu operowania, w miarę osobistej wprawy i nabytej pewności, bardzo dowolnie bywają rozszerzane. Pochodzi to i stąd, że żadna z operacji o której będzie mowa, nie jest jeszcze całością ostatecznie wykończoną, czyli nie jest operacją typową, co się łatwo tłómaczy wielką różnorodnością warunków, które włókniaki przedstawiają.

### Odjęcie włókniaków przez pochwę.

Do odjęcia przez pochwę, właściwymi są: 1<sup>o</sup> włókniaki uszy-pułkowane jamy i szyi macicznej, czyli polipy włókniakowe, 2<sup>o</sup> włókniaki mięszone i podśluzowe ciała, które wzrastają ku jamie macicy i rozszerzają szyję, i 3<sup>o</sup> włókniaki mięszone szyi macicznej wrastające w wargi. O polipach, będzie mowa w rozdziale osobnym a tu uwzględnimy tylko włókniaki podśluzowe szeroko osadzone, i mięszone, które są przystępne wyłuszczeniu.

Wskazania do wyłuszczenia włókniaków przez pochwę, stanowią przypadki, niedające się w żaden inny sposób usunąć, wśród których największą rolę odgrywają krwotoki i objawy uciskowe, a następnie, szybkie wzrastanie i sposoczenie dostępnego tą drogą



włókniaka lub gdy włókniak tworzy przeszkodę do wyjęcia łożyska, jak w przypadkach Braxton Hicks'a<sup>1)</sup> Danyau<sup>2)</sup> Schrödera<sup>3)</sup> Wallace'a, Tarranta<sup>4)</sup> Duncana i Langenbecka. Schröder wyłuszczył z wargi przodkowej włókniaka 16 cm. długości na 2 dni przed porodem.

Warunkami najważniejszymi są: 1. łatwa przystępność tą drogą do włókniaka, 2. stósowna jego wielkość.

Przez łatwą przystępność, rozumiemy obszerne wejście do pochwy, obszerną pochwę, i stósowne rozszerzenie szyi przez dolny odcinek samego obrzęku. Najwięcej ułatwionymi stają się warunki w przypadkach włókniaków samej wargi macicznej, lub gdy przy obszernej pochwie, włókniak podśluzowy lub mięszkowy jamy macicy, nie większy od pięści, rozszerzył całkowicie szyję i ujście maciczne, i dolną częścią sterczy w pochwę, czyli się już rodzi. Jeżeli takich warunków niema, to wymagamy przynajmniej, aby górna część szyi została już rozszerzoną, gdyż wówczas umożliwiamy dostateczne rozszerzenie nacięciami dolnej części szyi, lub wreszcie, gdy i tego warunku niema, aby szyja była przynajmniej tak podatną, że nie stawia znacznego oporu rozszerzaniu zapomocą środków pęczniących, rozszerzadeł i nacięć.

Wielkość obrzęku, wymagana jako warunek do wyłuszczenia przez pochwę, nieda się całkiem ściśle oznaczyć, gdyż granica jej nietylko zależną jest od obszerności pochwy i szyi macicznej, ale także i od większej lub mniejszej podatności samego obrzęku. To jest jednak niewątpliwem, że z wielkością włókniaka, wzrastają i trudności wyłuszczenia. Dlatego też jedni wymagają aby włókniak nie przechodził wielkości pięści, drudzy, wielkości głowy dziecka, a Péan operuje jeszcze tą drogą włókniaki sięgające aż do pępka.

Prócz dostępności i stósownej wielkości, koniecznym jest warunkiem, aby włókniak nie sięgał blisko otrzewny, lub tuż pod nią, gdyż wówczas niebezpieczeństwo jej przedarcia jest znacznem. Stan taki przypuszczamy wówczas, gdy macica nie okazuje jednostajnego, regularnego powiększenia, lecz gdy pewna część włókniaka góruje w postaci kopuły lub guzka ponad powierzchnię, lub co więcej, odgranicza się wyraźną bruzdą od reszty mięszsu. W końcu wy-

<sup>1)</sup> *Lancet* 1870. <sup>2)</sup> *Révue med. chir.* 1851. <sup>3)</sup> Lomer *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. IX. <sup>4)</sup> *Lancet* 1884.

magamy, aby włókniak mięszowy lub podśluzowy był samotnym. Warunkiem bardzo ważnym i ułatwiającym operację, lecz dopiero w czasie wyłuszczenia dającym się stwierdzić, jest zupełne odgraniczenie włókniaka od mięszu macicy zapomocą torebki, z której łatwo daje się wyłuszczyć, czyli zupełny brak tak zw. szypuły mięszowej, której istnienie znacznie utrudnia operację przez brak wybitnej granicy pomiędzy mięszem macicy a włókniakiem.

Przeciw wskazania. Wobec zapału powszechnego do operowania włókniaków od jamy brzusznej, w ostatnim dziesiątku lat, wyrobiła się dążność do coraz większego zacieśniania wskazań do wyłuszczenia ich przez pochwę. Dopiero ostatniemi czasy Péan, ten sam, który prawie stworzył myomotomię, zaznacza znów zwrot ku wyłuszczeniu, rozszerzając znacznie wskazania. Przyczyny tego szukać należy nietylko nawet w stósunkowo złych jeszcze wynikach myomotomii, ani w łatwości wyłuszczenia, ani dostępności, ani w mniejszem niebezpieczeństwie, lecz głównie w tej okoliczności, że chore po udanem, nawet bardzo mozolnem i niebezpiecznem wyłuszczeniu, pozostają w posiadaniu całego narządu płciowego, gdy po myomotomii, tracą jajniki i macicę, który to wzgląd jest ważnym w przypadkach, gdy co do wyboru metody operowania istnieją wątpliwości. Dlatego jeżeli jest mowa o przeciwwskazaniach, to dla jednych mogą one istnieć już dawno, gdy dla drugich jeszcze nie istnieją.

Najwięcej trudności sprawia długa, niepodatna i nierozwarta szyja, w obec dużego włókniaka. Leopold i Hofmeier, a z nimi i Chrobak twierdzą jednak, że trudność ta bywa czasem pozorną, a operacja nawet większych obrzęków daje się niekiedy pomyślnie zakończyć, jeżeli rozszerzalność szyi jest nawet mierną. Dla Péana zaś, ta przeszkoda nie istnieje wcale gdyż odcina on szyję ponad sklepieniami (*Amputatio colli supravaginalis*). Pozostaje zatem z przeciwwskazań: znaczna wielkość obrzęku, większa ilość włókniaków, częściowy wzrost pod otrzewną, stany zapalne sąsiedztwa i trąbek, i znacznego stopnia niedokrewność, w obec której konieczna utrata krwi zagrażałaby życiu.

Operacja wyłuszczenia włókniaka przez pochwę. *Enucleatio fibromatis vaginalis*. Operacja ta polega na przecięciu otaczającej włókniak warstwy, czyli torebki, na uwolnieniu go z gniazda i z połączeń ściślejszych, i na wydobyciu na zewnątrz.

W warunkach ułatwionych, to zn. gdy włókniak zupełnie rozszerzył szyję i częściowo w niej sterczy, po odsłonięciu dostępnej części obrzęku za pomocą łyżek i dźwigni Simona, lub łatwiej bez odsłonięcia, gdy większy odcinek obrzęku sterczy w pochwie, przecinamy torebkę wzdłuż, lub w poprzek. Jeżeli zaś szeroko osadzony włókniak tak się zwiesza, że pomiędzy jego podstawą a częścią sterzącą powstaje fałd lub rynienka, to najkorzystniej wykonać nacięcie poprzeczne w tem miejscu, i odłuszczenie zaraz rozpocząć od podstawy. Hutchinson, C. Braun i Greenhalgh przecinali torebkę nie nożem, lecz nożykiem galwanokaustycznym. Po nacięciu torebki, wyjmujemy łyżki, odłuszczamy dolną część włókniaka, spychając go drugą ręką od zewnątrz, a następnie uwolnioną z otoczenia część chwytamy kleszczykami Museux'a lub silnymi kleszczami Haywood-Smith'a, Frankenhäusera, lub A. Martina i pociągając niemi za obrzęk, wykonywamy dalsze odłuszczenie, przerywając, ile się da palcami, napinające się nitkowate lub postronkowate połączenia, lub przecinając je tuż przy obrzęku długimi nożyczkami, zagiętymi w powierzchni, których oba końce są tępo zaokrąglone, a któremi w danym razie możemy się także posługiwać w celu odłuszczenia części dla palca nieprzystępnych, czego jednak ile możliwości unikamy, ułatwiając sobie dostępność, przez pociąganie obrzęku ku dołowi.

W przypadkach, w których włókniak jest tak wielkim, że odłuszczona i ściągnięta w pochwę dolna część przeszkadza wyłuszczeniu części wyżej położonych, uciekamy się do zmniejszenia dolnej części obrzęku, albo przez wycięcie z niej, za pomocą nożyka, klina lub stożka ile możliwości dużego, lub wydłużając dolną część za pomocą naprzemianległych nacięć poprzecznych — *Allongement opératoire* (Simon). Nie należy bowiem nigdy, przez zupełne odcięcie dolnej części włókniaka, pozbawiać się najważniejszej pomocy, jaką jest trzymadło. C. Braun<sup>1)</sup> rozmiądział odłuszczoną część włókniaka zapomocą kranioklastu, lub kefalotrybu.

Dla ułatwiania wyłuszczenia większych obrzęków, okazuje się często potrzeba ściągnięcia ich, po częściowem odłuszczeniu jak najniżej, zapomocą silnych kleszczy, nawet przed części rodne zewnętrzne, ułatwiając sobie, w razie potrzeby, wydobyć ich przez nacięcia międzykroczą. Przy takim ściągnięciu może wprawdzie powstać czę-

<sup>1)</sup> *Wiener med. Wochenschrift* 1874.

ściowe wynicowanie macicy, lecz ono, po ukończeniu odłuszczenia, odnicowuje się, a ułatwia w znacznym stopniu odłuszczenie części górnej.

Oderwanie się całej dolnej części obrzęku, które wydarzyć się może nawet w razach włókniaka twardego, jest bardzo niekorzystnym wydarzeniem, gdyż uniemożliwia doszczętne wyłuszczenie pozostałej reszty, która może być oddzielona ropieniem lub posoczeniem, ze znacznym niebezpieczeństwem zakażenia.

W niektórych jednak przypadkach, zmuszeni jesteśmy do częściowego odjęcia dolnej części wielkiego obrzęku sterzącego w pochwę i wywołującego objawy uwięzienia. Jeżeli postępujemy wówczas ściśle bezgnilnie, to, po odjęciu sterzącej części obrzęku nożyczkami, nożem, drutem ugniatacza, lub pętłą galwanokaustyczną, pozostała reszta albo częściowo bywa wydalona bez posoczenia, lub powierzchnia zabliznia się i później znowu obrzęk tak wzrasta, że sterczy w pochwie. Z kliniki profesora Madurowicza przypominam sobie przypadek, w którym po dwurazowym częściowym odjęciu, dopiero za trzecim razem włókniak całkowicie wyłuszczonej został.

A. Martin<sup>1)</sup> zwraca uwagę na szczególne niebezpieczeństwo pozostawienia reszty włókniaków miękkich czyli czystych mięśniaków — Myoma — więcej do posoczenia skłonnych i radzi w każdym razie wyłuszczenie doszczętne, a Chrobak<sup>2)</sup> w przypadkach w których prawdopodobną jest możebność niedokończenia wyłuszczenia, przygotowuje wszystko do ewentualnej myotomii.

Ponieważ wyłuszczenie znacznie bywa ułatwionem gdy włókniak samoistnie już zaczyna się wyłuszczać, zatem Duncan, Simon, Atlee i inni zalecali sposób operowania w dwóch odstępach „*à deux temps*“ przecinając na pierwszym posiedzeniu torebkę i odłuszczając tyle obrzęku, ile się uda bez trudności odłuszczyć, poczem przerywają dalszą operację i oczekują ułatwienia reszty od skurczów macicy i rozpoczynającego się posoczenia. Madurowicz nie ogranicza się na przecięciu torebki, lecz głębokim cięciem, przecina i sam włókniak, czyli prawie połowi go, poczem pozostawia go bez odłuszczenia własnemu losowi, i miał z tego postępowania dobre wyniki, a ostatniemi czasy podaje i O. Küstner korzystne wyniki częściowego wyłuszczenia włókniaków na dwa tempa.

W warunkach utrudnionych, gdy szyja nie jest zupełnie rozwarta, nacinamy dolną jej część albo głęboko na prawo i na lewo, lub

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. T. VII. <sup>2)</sup> Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 43.

kilkoma nacięciami płytkami. Tylko w przypadkach posoczenia włókniaka, powinno się ile możności unikać nacięć, aby nie tworzyć drogi dla zakażenia. Jeżeli z powodu wązkości szyi, po rozszerzeniu jej środkami pęczniejącymi i rozszerzadłami, koniecznymi się okażą jeszcze głębokie nacięcia, dla umożliwienia wyłuszczenia, poleca Chrobak wykonanie ich po obustronnem podwiązaniu dolnej gałęzi, lub samego pnia tętnicy macicznej.

Péan<sup>1)</sup> operuje wielkie obrzęki, nie wyłuszczać ich w całości, lecz kawałkując „*Colpomyotomie par morcellements*“. W tym celu, jeżeli szyja jest wąską i długą, odpreparowuje on od niej sklepienia po cięciu okrężnem, podwiązuje obustronnie tętnice maciczne, i albo rozcina wysoko szyję, lub ją wysoko odcina, poczem macica daje się nisko ściągnąć, a następnie część po części obrzęku chwyta kleszczami, i odcina nożyczkami. Wyłuszczenie przez pochwę rozszerza on i na włókniaki sięgające blisko pod otrzewną w ten sposób, że otwiera tylne sklepienie, nacina tylną ścianę macicy zawierającą włókniak, wyłuszcza go i powstałą jamę tamponuje gazą jodoformową.

W przypadkach niewielkich włókniaków górnej części szyi macicznej, wzrastających w tkankę łączną okołomaciczną, lub okołopochwową, zatem bezpośrednio ponad sklepieniem, lub poza ścianą pochwy znajdujących się, wyłuszcza je po przecięciu ściany. Pierwszy w ten sposób operował Czerny w r. 1871. Wyłuszczenie takie może być koniecznem nawet w razach małych włókniaków, które umiejscowieniem, pomiędzy szyją macicy a pęcherzem moczowym, sprawiają znaczne dolegliwości, j. t. bóle, parcie na mocz, lub zatrzymanie moczu.

Leczenie następowe po wyłuszczeniu włókniaka z jamy macicy, polega na bardzo dokładnem przepłukaniu jamy macicy silnym prądem 2% wody karbolowej, wytarciu wacikami zamoczonymi w 1% roztworze sublimatu (Chrobak) i wypełnieniu jamy macicy gazą jodoformową. Jeżeli były konieczne nacięcia szyi, szczególnie głębokie, to powinny być dokładnie zeszyte. Opatrunek opisany, zmieniamy po 4—5 dniach, jeżeli stan gorączkowy niewymaga natychmiastowego odrażania.

<sup>1)</sup> *Gazette des Hôpitaux* 1886. Nr. 86.

Powstała po wyłuszczeniu jama, bardzo szybko się zaciąga i macica się zmniejsza, a pozostałe i wiszące w jamę strzępy błony śluzowej, mogą się przyczynić do odrodzenia jej.

Jakkolwiek z wykształceniem postępowania przeciwnilnego i bezgnilnego wyniki wyłuszczenia włókniaków przez pochwę znacznie się poprawiły, to jednak procent śmiertelności, jakkolwiek bardzo mały u niektórych operatorów, jest jeszcze znacznym w ogóle, a prawdopodobieństwo niepowodzenia zwiększa się ze zwiększonymi trudnościami i z rozpoczętą już sprawą posoczenia. Jeżeli zestawimy wykazy, Schrödera, Frankenhäusera, Hegara, Kaltenbacha, Martina, Leopolda, Hofmeiera, Péana i Chrobaka, to wypadnie na 222 przypadków 25 z zejściem śmiertelnym = 11·26%, gdy przypadki pojedynczych operatorów, wykazują śmiertelność od 2·3% (Chrobak który na 43 operowanych, tylko jedną stracił) do 23·8% (Schröder).

### Odjęcie włókniaków w po rozcięciu brzucha.

#### *Laparomyotomia — Myomotomia — Myomectomy.*

W historii operacji, o której będzie mowa, rozróżniamy trzy wybitne okresy. W pierwszym okresie, który trwał do roku 1843, nikt nie odważył się operować włókniaki od jamy brzusznej, a gdy po cięciu brzuszkiem okazała się pomyłka w rozpoznaniu t. j. obecność włókniaka zamiast torbiela, cięcie zaraz zeszywano nie operując dalej. Tylko jeden Granville (1837) odważył się odjąć włókniak podsurowiczy, uszypułkowany, i to ze złym skutkiem. Okres drugi, trwa po rok 1863, i obejmuje przeciąg czasu, w którym, szczególnie chirurgowie angielscy, kończyli operację, pomimo pomyłki po cięciu brzuszkiem spostrzeżonej. Pierwszy Atlee (1844) operował z dobrym skutkiem włókniak podotrzewnowy, a Clay i Heath (1843) pierwsi odważyli się na odjęcie włókniaka szeroko osadzonego, podotrzewnowego i mięższowego, lecz obie chore zmarły w kilka godzin z krwotoku. Pierwsze operacje z powodzeniem wykonał Burnham i Kimball (1853). W okresie 3cim, który od roku 1863 trwa po dziś dzień, rozpoczęli Koeberlé i Kimball operować na podstawie dokładnego rozpoznania i z planem z góry obmyślanym, a pierwszy z nich zestawiał po rok 1864 wszystkich operacji 50, z których dokończono tylko 35, z 12 uleczeniami, czyli 75·6% śmiertelności.

Właściwa zasługa należy się dopiero Péanowi, który do roku 1879 wykonał 46 myomotomii z cyfrą śmiertelności tylko 34·7%. Wynikami tymi zachęcił on innych, to też pierwsi poszli za nim C. Braun, Hegar, Keith, Kaltenbach, Billroth i Schröder i podzielili z Péanem zasługę udoskonalenia tej operacji.

Hegar w Niemczech a Thomas Keith w Anglii udoskonalili metodę Péana, który szypułkę, a raczej kikut maciczny, umieszcza w ranie brzusznej — *Extraparitoneale Stielbehandlung*, — Schröder wykształcił metodę z pozosta-

wieniem kikuta w jamie małej miednicy — *Intraperitoneale Stielbehandlung* — a A. Martin wzbogacił jeszcze sposoby operowania, podając metodę wyłuszczenia włókniaków od jamy brzusznej, z zachowaniem, ile możności, użytecznej do czynności płciowych macicy. Odtąd metody te doskonałą się coraz więcej, a mimo to żadna z nich nie jest jeszcze bezwzględnie zakończoną i doskonałą.

Wskazania do myomotomii. Powiedzieliśmy już w innym miejscu, że włókniaki, jako takie, rzadko zagrażają życiu chorych. Dlatego też rzadko operację wykonywa się z wskazania życiowego — *Indicatio vitalis*, a takim jest sposoczenie, lub zropienie włókniaka dającego się tylko po cięciu brzuszmem usunąć.

Bezwzględne wskazania, wynikają z objawów, o których już z góry z pewnością twierdzić można, że żadnymi innymi środkami nie dadzą się usunąć, a takimi są: 1. Istnienie puchliny brzusznej — *Ascites*. 2. Szybkie wzrastanie włókniaków, skutkiem wybitnego zwyrodnienia torbielowego, lub złośliwego. 3. Groźne przypadki uciskowe wywołane nagłym powiększaniem się obrzęku w czasie ciąży, szczególnie gdy umiejscowienie włókniaka jest takie, że wzniecenie poronienia lub wczesnego porodu byłoby niebezpieczniejszem, niż myomotomia. 4. Poród w obec włókniaka, tak zacieśniającego wchód lub przewód małej miednicy, że zakończonym być może tylko cięciem cesarskim połączonym z myomotomią.

Względne a zarazem najczęstsze wskazania wynikają z tych przypadków, które często dają się usunąć innymi środkami, a stają się bezwzględniemi wówczas, gdy, pomimo leczenia, uporczywie trwają. Do tych zaliczamy: 1. Krwotoki, w obec których potrzeba i ten ważny wzgląd mieć na oku, że poprzednie długie bezskuteczne próby uleczenia ich bywają często przyczyną takiej niedokrewności i następnych zmian w naczyniach i sercu, które w wysokim stopniu wynik zabiegów operacyjnych czynią wątpliwym. 2. Szybki wzrost włókniaków, bez zwyrodnienia, u kobiet młodych. 3. Dolegliwości, bóle i utrudnione oddawanie lub zatrzymanie moczu.

W końcu bardzo wpływa na osądzenie, czy wskazanie jest względnem czy bezwzględnem, konieczność zarobkowania chorej, i niemożebność do pracy. Wzgląd ten bywa wskazaniem najczęstszem, i dlatego na klinikach i w szpitalach, gdzie prawie wszystkie chore należą do tej kategorii, myomotomia nierównie częściej bywa wykonywaną niż w praktyce prywatnej.

Wykonanie myomotomii. Nie mogąc się tu rozwozić nad szczegółami postępowania bezgnilnego i przyjmując je jako znane,

należy podnieść ważność dokładnego odrażenia pochwy i jamy macicy, która to ostatnia tak często musi być otwartą przy operacjach o których będzie mowa, i może zawierać bardzo złośliwe drobnoustroje, jak tego dowodzą badania Boisieux'a<sup>1)</sup> dokonane na wyciętych przez A. Martina macicach. Ostrożność tę zachować należy pomimo utartego twierdzenia, że jama macicy, która nie była sondowana, nie zawiera zarodków chorobotwórczych. Dokładne odrażenie niezawsze jednak jest możebnem z powodu często utrudnionej dostępności jamy macicy.

Przed przystąpieniem do operacji, należy, opróżniając pęcherz, przekonać się cewnikiem o jego położeniu, a mianowicie, czy nie jest bardzo w górę wyciągnięty, aby być ostrożnym w przedłużaniu dolnego końca cięcia.

Długość cięcia brzuszego zależną jest od wielkości obrzęku, a zważywszy, że są to obrzęki niedające się tak zmniejszyć jak torbiele jajnikowe, powinno być cięcie tak długiem, aby obrzęk przez nie, bez znacznego naprężania brzegów, dał się wyważyć na zewnątrz. Dlatego też musimy bardzo często cięcie wysoko ponad pępek przedłużyć, czasem aż w pobliże wyrostka mieczykowatego. Szczegóły dotyczące przygotowania chorej i wykonania cięcia brzuszego, opiszemy w rozdziale o owariotomii.

Wykonanie samej myomotomii zależnem jest od umiejscowienia obrzęku, i sposobu połączenia jego z macicą.

Obrzęki podotrzewnowe, połączone z macicą za pomocą wazkiej szypułki, odejmujemy po poprzednim podwiązaniu szypułki. Jeżeli ona jest cienką, wystarcza podwiązanie mocną nitką jedwabną; jeżeli nieco grubsza, przebijamy ją przez środek igłą podwójnie nawleczoną i podwiązujemy na obie strony, czyli w dwóch poręczach, poczem powyżej podwiązki przecinamy szypułkę lub przepalamy ją termokauterem.

Znacznie trudniej przedstawia się już operacja, jeżeli obrzęk odchodzi szeroko z dna macicy, lecz jeszcze w całości rozwinął się ponad uczepieniem części dodatkowych, tak, że odjętym być może bez naruszenia ich. W celu odjęcia go, musimy z dna macicy wyciąć kawałek klinowaty, czyli jak się wyraża Schröder

---

<sup>1)</sup> X. Kongres der Aerzte Berlin. 1890.



w postaci kawałka z melona wyciętego. *Amputatio uteri partialis* (Fig. 108).

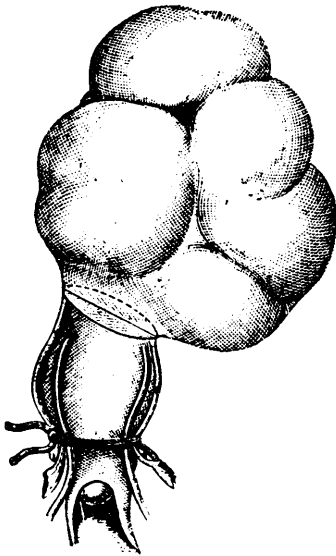


Fig. 108.

Odjęcie włóknia podotrzewnowego wycięciem dna macicy.

dopiero resztę wyciąć w postaci klina, i powierzchnię rany zeszyć. Zanim przystąpimy do tego, powinniśmy naprzód podwiązać osobno naczynia widoczne w ranie.

Zeszyć zapomocą jedwabnych nitok, obejmujących całą podstawę rany od przodu ku tyłowi, możebnem jest tylko w razie bardzo podatnego utkrania macicy i w przypadkach, w których wycinając klin z dna macicy, nie utworzyliśmy jej jamy. W razie niepodatnych ścian macicy, mogą szwy, z powodu zbyt dużego napięcia brzegów przeciąć je, i stać się przyczyną krwotoku. Chcąc temu zapobiedz, używał Schröder zagubionych szwów jedwabnych, którymi piętrowo spajał miąższ macicy, a potem dopiero brzegi rany. Później używał on, zamiast jedwabiu, ciągłego szwu katgutowego.

Aby uniknąć zagubionego szwu jedwabnego, oraz niebezpieczeństwa rozlepienia się rany z powodu zbyt wczesnego wessania

Aby zapobiedz krwotokowi zakładamy poprzednio podwiązkę uciskową, do czego używamy drewnianego, lub, co lepiej, niezbyt cienkiego gumowego sznurka, który, po dwurazowym okręceniu w stanie napięcia, około wąskiej części macicy zawiązujemy raz jeden a miejsce skrzyżowania dla pewności zaciskamy silnymi kleszczykami. Wielką tę pomoc w operacji, czyli możebność bezkrwawego operowania, zawdzięczamy Klebergowi<sup>1)</sup> i A. Martinowi<sup>2)</sup>.

Klinowate wycięcie dna macicy, powinno być tak wykonane, aby powierzchnie wycięcia dobrze do siebie przylegały. Jeżeli obrzęk temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

temu przeszkadza, to można go naprzód wyżej odciąć, a następnie

<sup>1)</sup> *St. Petersburg med. Wochenschrift* 1877. — <sup>2)</sup> *Tagblatt der Naturforscher Versammlung zu Cassel* 1878.

katgut, łączy Hofmeier<sup>1)</sup> oba te sposoby, zakładając pod całą powierzchnię rany szwy jedwabne, które służą jako trzymadło macicy, a dopiero po zeszytciu powierzchni rany piętrowym, ciągłym szwem katgutowym, związuje szwy jedwabne, (Fig. 109). Jeżeli po zdjęciu

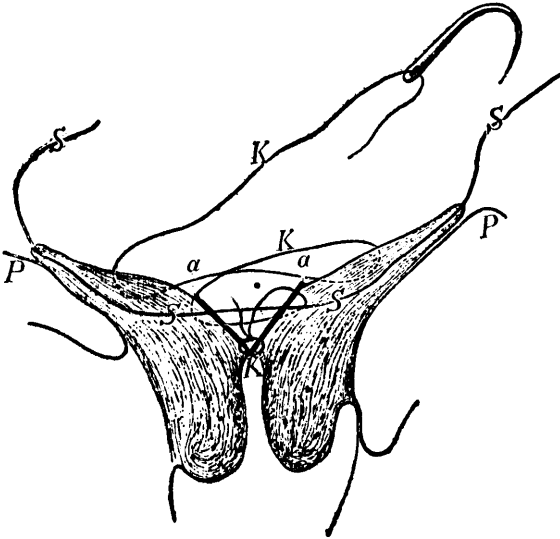


Fig. 109.

Zeszytcie kikuta macicznego podług Hofmeiera.

elastycznej podwiązki pojawi się krwawienie z pomiędzy brzegów rany lub otworków szwów, dodajemy szwów zakładając je ukośnie do brzegów spojenia, aby podłużnie w macicy przebiegające naczynia poprzecznie ucisnąć, i związujemy silnie. Następnie obcinamy krótko nitki służące jako trzymadło, i zeszywamy ściany brzuszne w sposób, który opiszemy przy owariotomii.

Jeżeli obrzęk rozwinął się w ścianach macicy poniżej uciepienia się części dodatkowych, wówczas operacja całkiem odmiennie się przedstawia, gdyż musimy razem z obrzękiem odjąć całe ciało macicy — *Amputatio uteri supravaginalis*.

Po wydobyciu obrzęku przez ranę brzuszną na zewnątrz, należy go silnie i spokojnie trzymać, gdyż często mocno napięte więzadła szerokie, ruchami na boki, mogą się przedrzeć, i stać się przy-

<sup>1)</sup> *Grundris der Gynaecologischen Operationen. Leipzig u. Wien. 1888.*

czyną gwałtownego krwotoku. Następnie przystępujemy do uwolnienia macicy od więzadeł szerokich i okrągłych, które przecinamy po podwójnem podwiązaniu. Więzadła szerokie, razem z trąbkami i więzami jajnikowymi, przebiegają wzdłuż boków obrzęku w postaci grubych fałdów. Ponieważ wskazanem jest, aby odjąć razem z macicą i jajniki, zatem należy je wyszukać i podwiązki założyć poniżej na *lig. infundibulo-pelvicum*, a gdy to jest utrudnionem, odejmujemy jajniki dopiero po odjęciu macicy.

Celem podwiązania więzadeł szerokich, ujmujemy je po jednej stronie w kleszczyki Museux'a, za pomocą których fałd, jaki one tworzą z boków macicy, odciągamy nieco, i w miejscu przeświecającem jak można najniżej przebijamy igłą tępą Déchamps'a nawleczoną mocną nitką jedwabną i mocno związujemy, a po powtórny podwiązaniu wyżej, przecinamy wiąz na 1 cm. powyżej dolnej podwiązki, co powtarzamy i po drugiej stronie, i postępujemy tak samo z więzadłami okrągłymi, często bardzo zgrubiałemi. Po dokonaniu tego, zakładamy na macicę podwiązkę elastyczną, i przynajmniej na 5 ctm. ponad nią łączymy ze sobą boczne cięcia, powstałe z przecięcia części dodatkowych, cięciem przodkowym i tylnem, przecinając niemi tylko otrzewną, poczem wyszukujemy tętnice maciczne (*art. uterinae*), które wyczuć można z boków macicy jako wyraźne postronki, przecinamy je poprzecznie i podwiązujemy osobno, lub, przez okłucie igłą, *en masse*.

Teraz dopiero możemy przystąpić do odcięcia obrzęku razem z częścią macicy, ponad podwiązką znajdującą się. Po pogłębieniu tylnego nacięcia otrzewny w ścianę macicy, chwytamy brzeg dolny nacięcia silnemi kleszczykami Museux'a i tak samo postępujemy ze ścianą przodkową, zabezpieczając się w ten sposób przed opadnięciem kikuta po odcięciu obrzęku, poczem cięcia kończymy i obrzęk odejmujemy. Ostrożności te zachowujemy z tego powodu, że błona śluzowa przeciętej macicy lub szyi, może być przyczyną zakażenia otrzewny, a niebezpieczeństwo to wzrasta w miarę tego, czem niżej macicę obciążamy. Dlatego też szkodliwe zarodniki mogące się znajdować w jamie macicy, trzeba doszczętnie zniszczyć, przez przyżeganie błony śluzowej, otwartej jamy macicy lub szyi, zgęszczonym kwasem karbolowym, lub termokauterem, a następnie wycięcie jej lejkowato z kikuta, (Olshausen<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* 1882. T. XVI.

Od tej chwili postępujemy całkiem odmiennie, stósownie do tego, czy szypułkę czyli kikut maciczny chcemy pozostawić w jamie miednicy małej, czy też chcemy ją usunąć z jamy otrzewny, i umieścić zewnątrz w ranie brzucha.

Postępowanie z pozostawieniem kikuta macicznego w jamie otrzewny — *Intraperitoneale Stielbehandlung*. Kikut, który ma być pozostawionym w jamie otrzewny, musi być tak dokładnie zaopatrzonym, aby powierzchnie odcięcia ściśle ze sobą zeszyte, dostatecznie zapobiegły krwotokowi i ściśle zamknęły przewód macicy od jamy otrzewny. To są dwa warunki najważniejsze a zarazem zadania najtrudniejsze, gdyż dokładne wykonanie ich wymaga przedewszystkiem stósownego przycięcia kikuta przez takie klinowate wycięcie utkania, aby napięcie przylegających do siebie powierzchni było jak najmniejszym, a następnie najdokładniejszego ich spojenia, w sposób na str. 351 opisany.

Olshausen<sup>1)</sup> pozostawił podwiązkę elastyczną w miednicy w przypadku, w którym zabezpieczenie od krwotoku nie wydawało mu się dostatecznym, a za nim wielu już podobnie postąpiło. Vöhtz<sup>2)</sup>, Grünewaldt i Dudley<sup>3)</sup> opisali wyropienie pozostawionej podwiązki.

Zweifel<sup>4)</sup>, celem zabezpieczenia od krwawienia, przeprowadza przez kikut na wskróś szew ósemkowy (*Fortlaufende Partienligatur*). Obaliński<sup>5)</sup> ułatwia założenie szwów Zweifla w ten sposób, że nawleka igłę dwiema nitkami różniącymi się barwą i przekłuwa nią kikut od przodu ku tyłowi, potem przeciwnie i powtarza to tyle razy, ile tego wymaga szerokość kikuta zostawiając pętle długie, poczem w jednej pętli przecina nitkę barwną, a w drugiej białą i otrzymuje gotowe pętle do podwiązania. Kocher<sup>6)</sup> postępuje sobie z pozostałym kikutem tak, jak z szypułką torbiela, podwiązując go cienką w kilkoro wziętą nitką jedwabną, poczem powierzchnię odjęcia i przewód szyi przypala termokauterem. Podwiązany kikut nie podpada zgorzeli z powodu wrzynania się podwiązki w mięszsz i zmniejszenia ucisku.

Korzyści metody z pozostawieniem szypułki w jamie miednicy polegają na możebności zupełnego zamknięcia jamy brzusznej, na

<sup>1)</sup> l. c. str. 352. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1886. — <sup>3)</sup> *New. York med. journ.* 1886. — <sup>4)</sup> l. c. str. 271. — <sup>5)</sup> *Przegląd Lekarski* 1890, str. 607. — <sup>6)</sup> *Korrespondenzblatt Schweiz. Aerzte* 1890. Nr. 13.

bardzo uproszczonem leczeniu następowem i o wiele krótszym czasie potrzebnym do zupełnego uleczenia. Niekorzyści zaś na częściej trudności wytworzenia stósownego do zeszyca kikuta macicznego, na możebności zakażenia otrzewny wydzieliną jamy macicznej, lub krwawą przesączyną obszytego kikuta (która nawet jeżeli jest jałową, to stanowi doskonałą pożywkę dla rozwoju drobnoustrojów), a w końcu na znacznie dłuższem trwaniu operacji, co jest względem bardzo ważnym. Zupełne przeciwwskazanie do zastosowania tej metody występuje wówczas, gdy myomotomię wykonywamy z powodu zropienia, lub sposoczenia włóknia.

Postępowanie z wszyciem kikuta w ranę brzuszna. *Extraperitoneale Stielbehandlung.* Po odjęciu obrzęku ponad podwiązką elastyczną, wyciągamy kikut na zewnątrz, ujawszy go (jak to powyżej opisano) ostremi kleszczykami razem z podwiązką i umieszczamy go w dolnym brzegu rany w ten sposób, że nawleczoną jedwabiem igłą przebijamy brzeg otrzewny lewej strony rany brzusznej, blisko jej dolnego kąta, następnie otrzewną tylną ścianę kikuta poniżej podwiązki i wykłuwamy igłę przez otrzewną prawego brzegu rany, a w ten sposób założony szew związujemy. Tak samo postępujemy z powierzchnią przodkową kikuta, poczem z boków otrzewna tak ściśle do niego przylega, że szwy osobne tu już są zbyteczne. Teraz przebijamy kikut poniżej podwiązki elastycznej dwiema długimi i prostymi igłami pod ostrym do siebie kątem w tym celu, aby igły znalazły oparcie na powłokach brzusznych, i przeszkadzały zbytecznemu zaciąganiu się kikuta ku jamie brzusznej. Powyżej kikuta łączymy osobno brzegi otrzewny całej rany, poczem zeszywamy ranę brzuszna.

Dla zapobieżenia zakażeniu przez gnicie szypułki, pomazywał ją Péan roztynem półtorachlorku żelazawego, który jednak tworzył strup, z następowem ropieniem pod nim. Dlatego Hegar wprowadził pomazywanie szypułki 100% roztynem chloru cynku po wypełnieniu okolicy szypułki 5% watą cynkową (*Chlorzinkwatte*), co powtarza się co kilka godzin z początku, a później 3—4 razy dziennie, tak, że po 2—3 dniach staje się szypułka suchą, bezwodną, i bardzo twardą (*klinghart*). Lub też postępuje w ten sposób, że począwszy od 3-go dnia, codziennie skraca szypułkę nożyczkami i świeżą powierzchnię napawa roztynem chloru cynku. Kaltenbach zamiast chloru cynku używa opatrunku jodoformowego, a Freund proszku tanniny i kwasu salicylowego (3:1), którym wy-

pełnia całą rynienkę około kikuta i ranę nim grubo pokrywa, tak, że zgarbowany kikut może pod jednym opatrunkiem pozostać przez dni 8—10.

Aby skrócić czas leczenia, wycina Fehling<sup>1)</sup> pomiędzy 14 a 21 dniem szypułkę nożyczkami, ściśle poniżej podwiązki elastycznej a po kilku dniach wyskrobuje cały lejek i zeszywa dno jego i brzegi skórne (*secundäre Naht*).

Już po kilku dniach, okazuje szypułka znaczną skłonność do zaciągania się w jamę brzuszną, a igły na których się opiera, tak się wgniatają w powłoki brzuszne, że trzeba pod nie podkładać watę. Podwiązkę sprężystą usuwa Hegar 10—12 dnia, a oddzielenie się zasznurowanego kawałka następuje w 10—20 dni, lecz Hegar już w 14 dniu odcina go nieco powyżej linii demarkacyjnej, a lejek powstały wypełnia wyjałowioną oliwą karbolową.

W przypadkach, w których pomiędzy obrzękiem a podwiązką elastyczną za mało było miejsca na cięcie, można, idąc za radą Tauffera<sup>2)</sup>, część obrzęku zostawić w kikucie czyli w szypułce, a dopiero po wszyciu jej w ranę brzuszną, pozostały kawałek z niej wyłuszczyć. Cała manipulacja staje się znacznie szybszą, ze względu na zamknięcie jamy brzusznej, jeżeli, jak to poleca Kaltenbach w przypadkach niezbyt dużych obrzęków, zaraz po założeniu podwiązki elastycznej wszyjemy szypułkę w ranę, a dopiero następnie obrzęk odejmiemy. Leopold<sup>3)</sup> w jednym przypadku uskutecznił odjęcie obrzęku dopiero po zupełnem zeszyciu rany brzusznej.

Korzyści umieszczenia szypułki w ranie, polegają głównie na usunięciu z jamy otrzewny możebnego źródła zakażenia pierwotnego, i na znacznie skróconem trwaniu operacji. Niekorzyści zaś, na trudnościach dokładnego umieszczenia szypułki w ranie, na często znacznem napięciu jej, niewykluczonej możebnosci zakażenia następowego, długiem trwaniu leczenia, potrzebie częstego i starannego opatrunku, powstaniu czasem przetoki maciczno-brzusznej, i utworzeniu się dużej blizny, w której później często wytwarza się przepuklina brzuszna.

Przeciwwskazania do tej metody, występują gdy szypułka jest zbyt krótka, tak, że napięcie po wszyciu jej byłoby zbyt wielkiem,

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1890, str. 513. — <sup>2)</sup> *Wiener med. Wochenschrift* 1885. — <sup>3)</sup> *Centralblatt f. Gyn.* 1891. Nr. 9.

lub gdy powłoki brzuszne są zbyt grube, tak, że i dostatecznie długa szypułka może być względnie za krótką, lub w końcu gdy wytworzenie szypułki jest niemożliwym.

Uwzględniając większe niebezpieczeństwa operacji z pozostawieniem szypułki w jamie brzusznej, i wspomniane niekorzyści z wszycia szypułki w ranę, zwrócone są dotychczasowe usiłowania nietylko ku ulepszeniu każdej z tych metod, (które o ile to jest możliwym są wydoskonalone) ile do połączenia ich korzyści w jednej metodzie, lub do obejścia obu metod.

Meinert już proponował obejście obu metod przez wykonanie cięcia w tylnym sklepieniu i umieszczenie szypułki, przez utworzony otwór, w pochwie. Sposób o wiele lepiej odpowiadający dzisiejszym wymogom postępowania bezgnilnego obmyślił pierwszy Hacker<sup>1)</sup>, a po nim z powodzeniem operowali w podobny sposób Wölfler<sup>2)</sup> i Billoth. Polega on na obszyciu szypułki w wiadomy sposób, i na umieszczeniu jej w ranie o tyle, aby tylko brzegi zeszyte były umieszczone zewnątrz otrzewny, lecz poniżej poziomu powłok brzusznych, tak, że miejsce to tworzy lejkowate zagłębienie, które wypełnia się gazą jodoformową. Fritsch<sup>3)</sup>, który w podobny sposób operuje, zeszywa kikut maciczny nie w poprzecznym wymiarze, lecz w kierunku prostych wymiarów miednicy (*sagittal*). Do wykonania tej metody z zawieszeniem szypułki w ranie, konieczną jest dostateczna jej długość, aby napięcie było jak najmniejszym.

Obejść zupełnie można i jedną i drugą metodę przez doszczętne wycięcie całej macicy przez pochwę, lub od jamy brzusznej.

Wycięcie macicy przez pochwę, — *Extirpatio vaginalis uteri myomatosi* — które opiszemy w rozdziale o raku macicy, da się uskutecznić tylko w razach obrzęków takiej wielkości, które dla danej pochwy nie są za duże, t. j. jeżeli w obecności obszernej pochwy nie przechodzą wielkości pięści. Dlatego warunki do tej operacji są rzadkimi.

W najnowszych czasach, zaczęła się przyjmować u niektórych operatorów zasada wycięcia razem z włókniakiem całej macicy, od

---

<sup>1)</sup> *Wiener med. Wochenschrift* 1885. Nr. 48. — <sup>2)</sup> Tamże Nr. 25 i 49. — <sup>3)</sup> *Verhandl. der deutschen Ges. f. Gynaecologie in Leipzig*. 1888 str. 134.

jamy brzusznej w ten sposób, że operację myotomii wykonywa się jak zwykle, a po odcięciu macicy powyżej podwiązki wycina się pozostały kikut czyli szyję maciczną ze sklepień. W ten sposób pierwszy operował A. Martin w r. 1889, a opowiadając o tym przypadku na zjeździe ginekologów w Heidelbergu, dodał, że od-tąd ustanie sprzeczka o to, czy operować z zapuszczeniem kikutu w jamę brzuszną, czy z umieszczeniem go w ranie. W ten sposób bowiem połączyć można korzyści zupełnego zamknięcia jamy brzusznej, zatem ominięcia szypułki w ranie, z usunięciem źródła możebnego krwotoku i zakażenia, jakim bywa pozostawiony w miednicy kikut maciczny.

Metodę tę najwięcej dotychczas wykształcił Chrobak<sup>1)</sup>, a w następującym opisie zupełnie pójdziemy za nim. Po cięciu brzusz-nem podwiązuje on więzy szerokie jak zwykle i przecina je, a następnie na przodkowej i tylnej ścianie macicy przecina poprzecznie otrzewną, i oddziela ją tępo z przodu z pęcherzem razem, a z tyłu nieco dalej niż sięga uczipienie tylnego sklepienia do szyi macicy, poczem na ogołoconą z otrzewny szyję maciczną zakłada podwiązkę sprężystą, odcina obrzęk nad nią, przypala ranę i przewód szyi, i zeszywa kikut 3-ma szwami (ponad włożonym w szyję pęczkiem gazy jodoformowej). Teraz przystępuje on do przecięcia tylnego sklepienia tuż przy szyi macicznej na sondzie rowkowanej, czyli na kawałku sondy rowkowanej umieszczonej poprzecznie na pręcie w postaci litery T, którą pomoc-nik po palcu wsuwa w pochwę, a po przecięciu zaraz dostaje się palcem do pochwy, aby na nim podwiązać oba *parametria* z naczy-niami, i przecina tuż przy szyi, a następnie przecina przodkowe skle-pienie również ogołocone z otrzewny, czem uwolnienie kikutu z po-łączeń jest ukończonem. Teraz albo brzegi pochwy bez otrzewny zeszywa ze sobą poprzecznie, lub od jamy brzusznej wsuwa w po-chwę knot jodoformowy lub gazę zapomocą sondy, którą przez po-chwę wyjmuje. W końcu następuje zeszywanie obu płatów odpreparo-wanej otrzewny, poczynając od boku jednego, za pomocą szwów spa-jających ze sobą nie brzegi lecz powierzchnie ku jamie brzusznej zwrócone (*sero-seröse Nähte*) tuż przy brzegu, tak, że w końcu wszyst-kie podwiązki naczyniowe i cięcia więzadeł zostają otrzewną pokryte, czyli całe dno miednicy nią wyścielone. Po dokonaniu tego, zeszywa ściany brzuszne potrójnym szwem piętrowym. W ten sposób ope-

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1891. Nr. 9.



rowane 4 chore wyzdrowiały, a dotychczas ilość operacji tych musiała się znacznie zwiększyć.

Najtrudniejszymi do operowania a zarazem najniebezpieczniejszymi są przypadki włókników, które wzrastając nisko z boków macicy, lub z górnej części szyi, rozwijają się zupełnie podotrzewnowo, pomiędzy blaszkami więzów szerokich, (*Fibromata intraligamentaria*). Są to bowiem obrzęki, którym zbywa tej szypułki, jaką w innych przypadkach tworzy wolna od obrzęku część szyi macicznej, a której zaciśnięcie podwiązką elastyczną czyni operację prawie bezkrawawą. W tych przypadkach zadaniem operacji być musi, wytworzenie tej ważkiej części czyli szypułki, przez odłuszczenie obrzęku z osłony otrzewnowej, szczególnie w części dolnej. Podług Schrödera, postępujemy sobie w ten sposób, że podwiązawszy części dodatkowe podwójnie po stronie obrzęku, i przeciąwszy je pomiędzy podwiązkami, przedłużamy cięcie otrzewny na całym obrzęku, z przodu i z tyłu, poczem obrzęk zapomocą palców wyłuszczamy z osłony otrzewnowej i otaczającej tkanki łącznej, aby po dokonaniu tego wyłuszczenia, módz założyć podwiązkę elastyczną naokoło szyi macicznej, poczem postępuje się tak, jak w poprzednio opisanych metodach, t. j. że po odjęciu obrzęku albo obszywa się kikut maciczny, pozostawiając go w jamie brzusznej, lub wszywa się go w ranę.

W przypadkach zupełnie bocznego umieszczenia włóknika i połączenia jego wiotką tkanką łączną z otrzewną, wyłuszczenie bywa łatwym. Najwięcej trudności sprawiają jednak włókniki, rozwijające się ku przodowi lub ku tyłowi. W pierwszym przypadku, wyciągają one pęcherz wysoko w górę, tak, że rozplaszczony, przylega szeroko do przodkowej powierzchni włóknika, od której tylko z trudnością i niebezpieczeństwem przedarcia, daje się oddzielić. Jeżeli zaś włóknik sięga nisko w szyję lub od niej odchodzi ku tyłowi, i rozwija się w tkance łącznej zatoki Douglasa lub zapochwowej, to nie tylko wyłuszczeniem stwarza się bardzo wielką powierzchnię rany, lecz często bardzo trudnem lub niemożliwem bywa dostanie się podwiązką elastyczną poniżej włóknika, lecz jeszcze na szyję macicy. Dlatego też może się wydarzyć, że, po założeniu podwiązki, odjęcie obrzęku nie przypada w szyi macicznej, lecz już w sklepieniach pochwy czyli, że mimowoli odjęta zostaje cała macica. W przypadkach takich, można sobie i w ten sposób poradzić, że zakładamy podwiązkę elastyczną, na najniższą część samego obrzęku, odcinamy go nad nią, a następnie pozostałą resztę wyłuszczamy z kikuta

i podwiązki, która posiada tyle sprężystości, że tę pozostałą resztę tkanek dostatecznie silnie uciśnie, i zapobieże krwotokowi.

Jeżeli żyły więzu szerokiego bardzo obficie są rozwinięte, to należy je w czasie odłuszczenia obrzęku podwójnie podwiązać i przeciąć, zaś miejsca krwawiące podwiązać, okłuć zaraz, lub chwilowo zacisnąć kleszczykami, lub tamować krwotok tymczasową tamponadą. Péan do uchwycenia miejsc krwawiących *en masse*, używa swoich *pince à coeur* i *pince à T.*

Schröder i w przypadkach włókniaków międzywiązadłowych, albo odcinał macicę z obrzękiem powyżej podwiązki, i obszywał kikut jak poprzednio, lub tylko odcinał szerokie połączenie obrzęku z macicą (szypułę mięszową) ranę macicy, po stósownem przycięciu, ściągał szwami katgutowymi, a obnażoną z otrzewny część, pokrywał przysyciem otrzewny zbywającej z worka powstałego po wyłuszczeniu włókniaka. Powstałą zaś powierzchnię, jeżeli nie okazywała krwawienia, pozostawiał pokrytą tylko przylegającą do niej otrzewną, a w razie krwawienia, zmniejszał powierzchnię rany zagubionymi szwami katgutowymi. Inni, obawiają się pozostawienia takiej rany w jamie otrzewny, jako powierzchni, jeżeli nie krwawiącej, to przynajmniej sączącej, zatem dostarczającej bardzo korzystnych warunków dla rozwoju bakteryków. Dlatego też Küster i Mikulicz, tamponują całą jamę gazą jodoformową i umieszczają brzegi worka otrzewnowego w ranie brzusznej; Martin zeszywa otrzewną ponad raną, i przestwór pod nią znajdujący się, drenuje ku pochwie; Fritsch ściąga otrzewną, zakładając na jej brzegi szew w podobny sposób, w jaki bywają ściągane kapciuchy na tytoń (*Tabaksbütel-Schnürrnaht*), wypełnia worek gazą jodoformową, ściąga ponad nią szew, następnie przecina sklepienie i część gazy przez nie wyprowadza; Hegar wprowadza od dolnej części rany brzusznej grubą, na 3—5 Cm. średnicy, rurę gumową lub szklaną, wypełnioną gazą jodoformową, lub inną aseptyczną aż na dno rany (*Capillardrainage*), i zakłada opatrunek uciskowy, a treść drenu często zmienia, osuszywszy poprzednio dno za pomocą pęczków waty, wprowadzanych na drucie przez dren.

Wychodząc z tego zapatrywania, że odejmując włókniaki, należy ile możności macicę, jako narząd jako tako zdolny do właściwych czynności, zaszanować i pozostawić i części dodatkowe, wyłuszczył A. Martin w r. 1880 włókniak podśluzowy, niedostępny wyłuszczeniu przez pochwę, przeciąwszy, po wykonaniu cięcia brzuszno i założeniu podwiązki elastycznej, dno i przodkową ścianę macicy,

poczem zeszył łożę włókniaka, i ściany macicy (*der Martin'sche Kaiserschnitt*). Sposób ten, rozszerzył on później i na włókniaki śródścienne, które po przecięciu pokrywającego je utkania macicznego, wyłuszcza ze ścian (*Enucleatio fibromatis abdominalis, Decorticatio* (Pozzi) a następnie znacznie kurczami zmniejszające się gniazdo włókniaka, (*Myommantel*) zeszywa. Jeżeli wyłuszczenie się nie udało bez otworzenia jamy macicy, wówczas zeszywa Martin osobno błonę śluzową. W ten sposób za nim wielu już operowało, a o wyborze tej metody zawsze rozstrzygały warunki, widoczne dopiero po wykonaniu cięcia brzuszego.

Nie da się zaprzeczyć, że czasem, nawet duże obrzęki dają się łatwo wyłuszczyć ze ścian macicy, bez naruszenia części dodatkowych, lecz Bukowski<sup>1)</sup> i inni podnoszą następujące zarzuty: tamowanie krwotoku mięszonego bywa czasem bardzo trudnem, poszarpanie macicy znacznem, i wymagającym bardzo wielu szwów, łatwa możebność otwarcia jamy macicy, i grożące stąd zakażenie rany. Uwzględniwszy zaś tę okoliczność, że najczęściej mamy do czynienia z chorem, które już wyszły z wieku płodzenia, to pozostawienie jajników i jakiej takiej macicy, w obec znacznego przedłużenia operacyi, nie może na korzyść tej metody zaważyć. Następnie podnieść należy, że nie jest tu wykluczonem niebezpieczeństwo pozostawienia w ścianach macicy drobnych gniazd włókniakowych, jak tego dowodzi jeden przypadek samego Martina<sup>2)</sup>, w którym, po wyłuszczeniu włókniaka w opisany sposób, rozwinął się potem drugi i powtórny laparatomia musiał być operowanym. Dlatego wyłuszczenie włókniaka ze ścian powinno się ograniczać do przypadków włókniaków niewielkich, i samotnych, u kobiet młodych.

Znaczne utrudnienie każdej z powyżej opisanych operacyi, polega na istnieniu zlepow włókniaka z narządami jamy brzusznej. Najczęściej wydarzają się zlepy z siecią (*Omentum*), cechujące się nadzwyczajną obfitością naczyń, które po podwójnem podwiązaniu przecinamy termokauterem. Rzadziej wydarzają się zlepy z jelitami. W przypadkach w których oddzielenie jelita od obrzęku jest niemożebnem, zalecał Schröder obcięcie otrzewny obrzęku w okolicy zlepu, i oddzielenie jej razem z jelitem od obrzęku, a przyczepiony

<sup>1)</sup> Gazeta lekarska 1889. 21—24. — <sup>2)</sup> Czempin. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XIV.

do jelita zwykle mocno krwawiący kawałek otrzewny zeszywał jedwabiem lub katgutem.

Co się tyczy wyników myomotomii, to ściśle liczebne oznaczenie śmiertelności, choćby z bardzo wielkiej ilości przypadków, niedaje rzeczywistego wyobrażenia, gdyż w zestawieniach takich, trzeba koniecznie uwzględnić sposoby operowania, i warunki, które są tak różnorodne. Jeżeli zatem ściśle rozdzielimy obie główne metody, to podług zestawienia Zweifla<sup>1)</sup> śmiertelność po myomotomii z umieszczeniem szypułki w ranie, wynosi 23·3%, gdy po zapuszczeniu szypułki 32·75%. O wiele lepszymi są jednak wyniki tych operatorów, którzy z zasady, i z zamiłowaniem oddawali się wyłącznie jednemu sposobowi operowania. Nieprześcignionym przez żadnego dotychczas, jest Lawson Tait, który operując metodą zewnątrzotrzewnowego umieszczenia kikuta, na 327 myomotomii, miał 6 przypadków śmierci = 1·83% czyli 98·17% uleceń. Chrobak na 55 operowanych, utracił 3 = 5·45%, gdy Schröder twórca i zwolennik jedynie metody zapuszczenia szypułki w jamę brzuszną, wykazuje 30·1% śmiertelności. Frommel, Landau, i Hofmeier<sup>2)</sup> potrafili i tą metodą osiągnąć 86% uleceń, czyli utracili tylko 14% chorych.

Śmierć po myomotomii, następuje najczęściej, skutkiem zakażenia (posocznica — *Sepsis*), które bywa albo pierwotnem, albo następowem. Zakażenie pierwotne z rąk, narzędzi i opatrunków, w obec wykształconych metod aseptyki wydarza się coraz rzadziej, a częstszem bywa z pozostawionego w jamie brzusznej kikuta macicznego, o czem świadczy gorsza statystyka tej metody. Im niżej musimy odciąć macicę, tem większą jest możebność zakażenia otrzewny z pochwy i szyi macicznej. Ale i sama przesączyna surowiczo krwawa, lub wybroczyna z szwów kikuta macicznego, jest niebezpieczną, jako doskonała pożywka dla rozwoju bakterjów. Dlatego też niebezpieczeństwo zakażenia jest największem, w przypadkach obrzęków międzywiązadłowych, których wyłuszczeniem sprawiamy wielką powierzchnię rany w jamie brzusznej. Najgorsze zaś są widoki pomyślnego przebiegu w przypadkach, w których do operowania zmusza sposoczenie włóknia. Rzadziej niż zakażenie pierwotne, wydarza się następowe

---

<sup>1)</sup> *Die Stielbehandlung bei der Myomotomie* 1888. — <sup>2)</sup> Büchel *Inaugural Diss.* Berlin 1890.

pochodzące ze sposoczenia części szypułki odsznurowanej, umieszczonej w ranie.

Niemalą jest ilość przypadków, w których chore uszły zakażeniu ogólnemu, a giną w długi czas po operacji, skutkiem rozległych, ropiejących wypocin w miednicy i jamie brzusznej.

Drugą najczęstszą przyczyną śmierci, jest stan ogólny chorych. Poprzedzające długotrwałe krwotoki i bóle, przeciw którym zbyt długo bezskutecznie walczone, oraz ucisk wielkich obrządków na narządy brzuszne, płuca, naczynia i serce, bywają przyczyną w większym lub mniejszym stopniu rozwiniętego uwiadu (*Marasmus*). Jeżeli do tego stanu przybędzie długotrwały, tak ciężki zabieg operacyjny, w którym otrzewna i kiszki przez dłuższy czas bywają odsłonięte, lub narażone na działanie zbyt drażniących środków przeciwnilnych, i konieczność długiego, czasem kilka godzin trwającego chloroformowania, i zgubny wpływ chloroformu na serce, to niepotrzeba żadnej przyczyny więcej, aby chore wpływom tym uległy.

Dawniej, gdy operowana umierała wśród objawów zapadu występującego często w czasie operacji lub po niej, lub gdy zapad pojawiał się niespodziewanie u chorej, która czuła się zupełnie dobrze, najczęściej sekcyja zwłok nie wykazywała żadnej wybitnej przyczyny śmierci. Przypadki takie, notowano wówczas pod ogólną nazwą wstrząsu nerwowego (*Shock*), a nazwę tę pochodzącą od Simsa, usprawiedliwiano naukowo, znanem doświadczeniem Goltza z żabami. W miarę jednak dokładniejszego badania zwłok, w wielu przypadkach dały się wykazać ważne zmiany w sercu, jako przyczyna śmierci, mianowicie stłuszczenie, lub szary zanik (*braune Atrophie*) mięśnia sercowego (Hofmeier<sup>1</sup>). Stłuszczenia serca domyślać się możemy z objawów, zanikowi zaś szaremu zbywa zupełnie obrazu klinicznego. Nie należy zapominać i o tem, że wśród objawów, które dawniej za wstrząs nerwowy uważano, przebiegać może i mocznica (*Uraemia*), pochodząca z podwiązania moczowodu.

Śmierć skutkiem krwotoku z pozostawionego w jamie brzusznej kikuta, lub dużej krwawiącej powierzchni po wyłuszczeniu włókniaka międzywładłowego, obecnie, z powodu wydoskonalonych metod sycia i zaopatrzenia naczyń, wydarza się o wiele rzadziej.

Niedrożność jelit, albo skutkiem załamania i zlepu pod ostrym kątem, lub uwięźnienia jelita pod szypułką w ranie brzu-

<sup>1</sup>) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XI.

sznej umieszczoną, lub skutkiem ucisku przez postronki zapalne, nie należy do rzadkości. Olshausen<sup>1)</sup> zwraca uwagę na porażenie kiszki, z objawami ileus (Pseudoileus Anglików), jako przyczynę śmierci w 5—10 dni po operacji, i obwinia o to długotrwałe wypatroszenie (*Eventratio*) w czasie operacji. Czy objaw ten jest pierwotnym, czy tylko następowym objawem posocznicy, dotychczas z zupełną pewnością twierdzić niepodobna.

Zatory tętnicy płucnej (*Embolia*), które mogą być przyczyną nagłej śmierci w przypadkach wielkich nieoperowanych włókników, wydarzają się po odjęciu ich, albo w przebiegu leczenia następowego, lub w chwili, gdy chora uleczona już, wykona jakiś ruch gwałtowniejszy.

Tężec (*Tetanus*) wydarza się czasem, w przypadkach operowanych z umieszczeniem szypułki w ranie. Dawniej tłómaczono go po prostu napięciem i drażnieniem jakiego doznaje szypułka. Obecnie jednak, gdy przyjmujemy, że tylko prątek tężcowy (*Tetanus-bacillus*) żyjący jak wiadomo w ziemi, może być przyczyną tężca, sposoby dostania się jego, pozostają ciemnymi. Zweifel<sup>2)</sup> opierając się na tem, że Bonome<sup>3)</sup> znalazł ten prątek w tynku używanym do ścian, przypuszcza tę przyczynę u dwóch swoich chorych, operowanych w sali świeżo wyprawionej.

Ciąża, w przypadkach włókników macicy, jest wydarzeniem zawsze budzącem obawy tak o życie matki jak i płodu.

Małe podotrzewnowe włókniki ciała macicy, najczęściej nie wywierają szkodliwego wpływu na przebieg ciąży i porodu. Jeżeli zaś mamy do czynienia z wielkimi włóknikami, czy to podotrzewnowymi, czy też mięszowymi, to najważniejszem jest ich usadowienie, a mianowicie: albo takie, że drogi porodowe pozostają zupełnie wolnymi, a macica z płodem znajduje się poniżej obrzęku, albo takie, że znacznie lub zupełnie zacieśniają wehód i przewód małej miednicy, a macica z płodem rozwija się nad obrzękiem.

Jeżeli przewód szyi macicznej i miednicy nie jest zacieśnionym, to oczekiwać możemy kresu ciąży. Lecz nie należy zapominać, że i w tych razach wzrastająca macica i zwiększona soczystość obręzków, mogą wywołać tak groźne objawy uciskowe, że zmuszają do szybkiego działania. Wówczas licząc się z wszystkimi warunkami, roz-

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1888. str. 8 i 90. — <sup>2)</sup> l. c. str. 271. — <sup>3)</sup> Kongres włoskich lekarzy w Pawii 1887.

ważyć należy, czy mamy wzniecić poronienie lub wczesny poród, i czy na to jest czas, lub czy też zaraz należy wykonać myomotomię ciążarnej macicy. Jeżeli na wzniecenie poronienia jest czas, mianowicie, gdy brak przypadków zapalenia otrzewny, to ważnym jest i ten wzgląd, czy włókniak, jako taki, sam przez się, bez ciąży, stanowiłby swoją wielkością i dolegliwościami, jakie sprawiał przed ciążą, wskazanie do myomotomii, lub nie (Schröder), gdyż w przypadkach pomyślnego nawet przebiegu poronienia lub wczesnego porodu, pozostają chorej dawne dolegliwości, i możebność ponownego zastąpienia. Nawet w obec zupełnie wolnych dróg porodowych może uczepienie się łożyska w miejscu usadowienia włókniaka mięszowego lub podśluzowego, być przyczyną groźnych krwotoków. Dlatego też i tu, rozstrzyga co do wskazań, osobista wprawa i pewność a doświadczenie uczy, że ciąża warunków operacyi, i wyzdrowienia po niej nie pogarsza. Sama operacya bywa nawet ułatwioną, z powodu rozpułchnienia więzów i macicy.

W końcu, myomotomia nie zawsze koniecznie pozbawia chorą macicy i płodu, gdyż nietylko ściśle uszypułkowane włókniaki mogą być odjęte bez przerwania ciąży, lecz nawet włókniak mięszowy może być z samej ściany macicy wyłuszczone a ciąża trwać może dalej aż do prawidłowego kresu, jak w przypadkach A. Martina<sup>1)</sup> i Frommla<sup>2)</sup>.

Inaczej się przedstawia sprawa ciąży i porodu, gdy macica rozwija się ponad włókniakami, które zacieśniają wchód i przewód macicy. Jeżeli przeszkodę porodową stanowi włókniak rozwijający się w wardze lub szyi macicznej, to może on być usunięty wyłuszczeniem. W przypadkach zaś, w których włókniaki mięszowe ciała macicy nisko zstępują w miąższ szyi, lub jako duże guzy zalegają wchód i przewód macicy, i macicę wysoko wypychają ku przodowi i ku górze, wzniecenie poronienia, lub wczesnego porodu, jest równie niebezpiecznem, lub nawet niebezpieczniejszem, od myomotomii lub od cięcia cesarskiego w końcu ciąży, lub w czasie porodu. Jeżeli nie zmusza do natychmiastowego działania, to i w tych przypadkach oczekujemy końca ciąży, pamiętając i o tem, że poród, pomimo pozornie bardzo złych warunków, odbyć się może siłami natury, gdyż rozpulehnienie umożliwiałoby niekiedy bardzo znaczne spłaszczenie gu-

<sup>1)</sup> *Münchener med. Wochenschr.* 1886. — <sup>2)</sup> *Langner Berl. klin. Woch.* 1886, Nr. 23.

zów przez naciskającą główkę, lub też po pęknięciu pęcherza płodowego może guz, zalegający wchód miednicy, prawie nagle usunąć się ku górze, i umożliwić zstąpienie główki, lub może być ku górze ręką odepchniętym. Długie jednak wyczekiwanie i łudzenie się nadzieją, że to nastąpi, może stać się przyczyną wyczerpania sił chorej, śmierci dziecka, i pogorszenia warunków dla operacji. Dlatego też wskazanem jest wówczas, albo samo cięcie cesarskie zachowawcze, lub metodą Porro, która w tych przypadkach jest właściwie myomotomią. Podług zestawienia Sängera<sup>1)</sup> samo cięcie cesarskie bez myomotomii daje lepsze wyniki niż cięcie metodą Porro.

### Polip czyli uklej włókniakowy. *Polypus fibrosus.*

**Anatomia patologiczna.** Polip włókniakowy jest to włókniak podśluzowy, który większą częścią swego obwodu wystąpił z mięszu macicy, a mniejszą, węższą częścią, szypułką, tkwi jeszcze w nim, lub całkiem się od niego izolował. Według pochodzenia dzielimy polipy włókniakowe na polipy jamy, z upodobaniem występujące z jej dna, i polipy szyi macicznej. Zresztą wszystkie cechy anatomiczne są im wspólne.

W utkaniu bardzo przeważa budowa mięsna, są to zatem mięśniaki w ścisłym znaczeniu, które posiadają zwykle jedno ognisko i dlatego nie okazują płatkowatej budowy i pojawiają się samotnie. Kształt ich pierwotnie zawsze okrągły może być zmieniony uciskiem ścian macicznych na płaski lub wydłużony, gruszkowaty lub maczugowaty, a skutkiem ucisku, pochodzącego od ujścia wewnętrznego, mogą polipy, częściowo już w pochwie się znajdujące, otrzymać zwężenie środkowe czyniące je podobnymi do klepsydry.

Wielkość ich najczęstsza bywa od orzecha włoskiego do jabłka średniej wielkości, a w rzadkich przypadkach mogą być tak wielkie, że całą pochwę ściśle wypełniają i rozprężają jej ściany. Koerberle<sup>2)</sup> odjął polipa włókniakowego, uczepiającego się do samego brzegu ujścia zewnętrznego, który ważył 750 gr., tak, że celem odjęcia go potrzeba było rozciąć międzykrocze aż do stolca i polip rozkawałkować.

Szypułka bywa utworzoną albo z tego samego utkania co polip i wówczas posiadać może znaczniejsze naczynia krwionośne (G u s-

<sup>1)</sup> *Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen Leipzig.* 1882. — <sup>2)</sup> Frommel, *Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. Jahrgang II.* 1889.



serow znalazł w szypułce tętnicę grubości kruczego pióra), lub tylko z błony śluzowej i tkanki łącznej, w której znajdują się tylko nieznaczne naczynia. Grubość jej bywa rozmaita: od objętości rączki do pióra, do takiej, że tworzy już granicę pomiędzy polipem a szeroko osadzonym włóknikiem podśluzowym. Czem większym jest polip, tem grubsza posiada szypułkę. Polipy włókniakowe szyi macicznej również posiadają albo ciekłą szypułkę lub tak grubą, że uczepieniem swem zajmują całą długość szyi. Jeżeli szypułkę tworzy sama błona śluzowa, to ciężar polipa może ściągnąć jej uczepienie, aż na sam brzeg wargi macicznej, tak jakby polip z niej wyrastał.

Schröder opisuje przypadek polipa włókniakowego szyi, który posiadał dwie szypułki, jedną utworzoną z mięszu włókniakowego, a drugą z samej błony śluzowej. Pierwotnie musiała tu być jedna szypułka szeroka, w której po przedarciu błony śluzowej powstała szczelina.

Długość szypułki polipa znajdującego się jeszcze w jamie macicy bywa zwykle nieznaczną i rzadko dosięga kilku cm., a wydłużenie jej następuje dopiero przez powolną sprawę wypierania polipa z jamy macicy do szyi i wreszcie do pochwy.

Błona śluzowa, na większych obrzękach znacznie napięta, okazuje w wielu miejscach zanik, a w rzadkich przypadkach może być polip całkiem z niej ogołoconym i sterceć wolno jako włóknik w stanie dobrowolnego wyłuszczenia się. Jeżeli zaś, jakto często bywa, pod błoną śluzową znajduje się warstwa mięsna utkania macicznego, to grubość torebki dochodzić może do 5 mm.

Utkanie polipa może być znacznie zmienionem przez wrastanie w niego ślepych zakończeń gruczołowych błony śluzowej i odsznurowanie się ich a następnie przez powstanie, w tych odsznurowanych częściach gruczołów, torbieli rozmaitej wielkości, wypełnionych cieczą surowiczą, śluzową, krwawą lub klejką. Do tego przybyć może bujanie brodawkowe z samych ścian torbieli ku ich wnętrzu, z wytworzeniem znowu torbieli w tych wybujalnościach, tak, że w ten sposób powstać mogą obrzęki bardzo złożonej budowy. W innych przypadkach tworzą się przestwory wypełnione albo wiotką tkanką łączną, lub cieczą do limfy podobną, które można uważać za przestwory limfatyczne.

**Objawy i przebieg.** Dopóki polip znajduje się w jamie macicznej, objawy nie bywają innymi, jak opisane przy włókniakach podśluzowych, zatem krwotoki w czasie miesiączkowania i poza tym okresem i obfita wydzielina nieżyłowa.

Jeżeli zaś rozepchanie ścian macicy dojdzie już do pewnego stopnia, to zaczynają się pojawiać cechujące bóle skurczowe, podo-

ne do porodowych, występujące w przerwach i to najczęściej w okresach miesięczkowych. Wówczas rozpulchnione utkanie szyi macicznej podaje się ciśnieniu z góry, szyja się skraca, a ujście się tak roz-wiera, że badając w tym okresie, można palcem wsuniętym w szyję wyczuć tuż nad nią lub w górnej jej części zaokrąglony dolny odcinek obrzęku. Po ustaniu peryodu i bólów obraz zmienia się do nie-poznania, tak, że szyja przybiera kształt prawidłowy, a przewód jej zupełnie się zacieśnia (*Polypes à apparition intermittante*). W późniejszych okresach miesięczkowych szyja coraz więcej się rozszerza i skraca, szypułka polipa coraz więcej się wydłuża, aż wreszcie w czasie silnych skurczów największy obwód jego wysłiznie się z szyi i polip znajdzie się w pochwie, czyli następuje to, co nazywamy po-rodem polipa.

Pozzi<sup>1)</sup> opisał przypadek polipa urodzonego aż do szpary sromowej, który znowu powrócił do jamy macicy, co tłumaczyć można tylko częściowym wynico-waniem macicy i następnym dobrowolnym odnicowaniem.

Tarcie, jakiego doznaje powierzchnia polipa w czasie takiego zstępowania przez szyję obfitującą w fałdy, bywa przyczyną, że ca-łemu temu aktowi towarzyszą najobfitsze krwawienia, które niedokrewność chorych powiększają do najwyższego stopnia. Z wyparciem polipa z macicy bóle kurezowe ustępują i krwotoki miesięczne zmniejszają się, lecz małe krwawienia z mało znaczących przyczyn i obfita różowo zabarwiona surowicza wydzielina prawie codzien się pojawiają.

Jeżeli szypułka polipa jest bardzo cienka, utworzona tylko z błony śluzowej, to może nastąpić oderwanie się jej, czyli uleczenie samo-istne. Lub wydarzyć się może, że silnie około grubej nawet szypułki zaciśnięte ujście zewnętrzne macicy sprawi przerwanie krążenia i zgo-rzel polipa z rozpadem. W ten sposób następuje albo uleczenie sa-moistne, po długotrwałej obfitej wydzielinie posokowej, lub, o wiele rzadziej, zakażenie posokowe z zejściem śmiertelnem.

Bardzo wielki polip, wypełniający całą pochwę, może sprawić przypadki uwieżnienia narządów sąsiednich, a w rzadkich przypadkach owrzodzenia mogą być przyczyną zrostu polipa ze ścianą pochwy.

**Rozpoznanie** polipa włókniakowego, który jeszcze nie opu-ścił jamy macicy i szyi nie rozszerzył, jest tem samem, co rozpo-znanie włókniaka podśluzowego, do czego w razach znacznych

<sup>1)</sup> *Annales de Gynécologie* 1885.

krwotoków, szczególnie miesięcznych, koniecznem jest takie rozszerzenie szyi, aby go bezpośrednio można palcem wy badać i nie zaniedbywanie badania w czasie miesiączkowania i tuż po niem.

Podług Gusserowa przypuszczać możemy, że obrzęk w jamie macicy wyczuwalny jest uszypułkowanym, jeżeli część pochwoy macicy zachowuje położenie całkiem prawidłowe, bez znacznego zbaczania na bok, a Hegar i Kaltenbach zwracają uwagę na zmienność długość szyi, dającą się wykazać kilkurazowem badaniem w różnych okresach, co świadczy o obrzęku zmieniającym poziom swego położenia. Jeżeli polip miernej wielkości znajduje się już w pochwie, to rozpoznanie jest łatwem, gdyż wy badamy okrągły lub podłużny obrzęk, którego zwężająca się część otoczona jest brzegiem ujścia zewnętrznego macicy i ścianami szyi, w którą wsunięty palec śledzi dalszy przebieg szypułki i uczepienie się w jamie lub szyi macicy. To badanie uczepienia się szypułki koniecznem jest i z tego powodu, aby udowodnić, że cały polip znajduje się w pochwie, a nie tylko dolna jego część odsznurowana przez ujście zewnętrzne od części górnej, jak to czasem się wydarza. Wówczas bowiem zamiast odjąć polipa przecięlibyśmy go tylko przez połowę.

Do rutyny badania ginekologicznego i wprawy w myślenie należy pamiętać o możebności pomieszenia ukleja włókniakowego z wycinowaniem macicy, co w każdym razie samo przez się nasuwać się powinno, aby uniknąć groźnej w skutkach pomyłki, od której, więcej niż sondowanie macicy, chroni dokładne oburęczne wy badanie jej ciała i dna.

Niekiedy na szczycie polipa znajdujemy dołek lub szparę podobną do ujścia zewnętrznego macicy. Pomieszenie stanu tego z obniżeniem macicy byłoby możebnem tylko przy bardzo niedbałym, lub nieumiejętnem badaniu. To samo odnosi się i do tych przypadków, w których posokowy rozpad dolnej części polipa pomieszano z rakowym rozpadem części pochwoy.

Jeżeli polip jest tak dużym, że około największego obwodu nie można dosięgnąć szypułki, to należy go, celem badania, ile możności ściągnąć ku dołowi, nawet przed części rodne, a zachowanie się macicy badać w narkozie.

O budowie anatomicznej rozstrzyga drobnowidowe badanie odjętego polipa.

**Rokowanie** jest dobrem ze względu na łatwość zupełnego uleczenia przez odjęcie polipa, a pojawienie się ponowne, które i tak

do rzadkości zaliczamy, nie należy uważać za recydywę, lecz za wzrost drugiego polipa. Jedynym w swoim rodzaju jest przypadek Berthoda<sup>1)</sup>, w którym macica przez dwa lata wypierała, jednego polipa po drugim, częścią w całości, częścią w strzępach rozpadowych.

**Leczenie.** Raz rozpoznany polip włókniakowy powinien jak najrychlej być usuniętym bez względu na to, czy znajduje się w jamie macicy, czy w szyi, lub też w pochwie. Przeciwwskazanie nie istnieje żadne, a ciąża tem bardziej nakazuje usunięcie polipa już w pochwie się znajdującego, gdyż ucisk w czasie porodu mógłby sprawić jego sposoczenie.

Operacja odjęcia polipa (*Polypotomia*) polega na przecięciu szypułki. Jeżeli polip znajduje się jeszcze w jamie macicy, należy szyję jak najwięcej rozszerzyć środkami pęczniejącymi i rozszerzadłami pręcikowymi, a w razie potrzeby i głębokimi nacięciami obustronnymi, dostępny w ten sposób obrzęk chwycić kleszczykami Museuxa i lekkimi ruchami obrotowymi przekonać się o długości szypułki, którą najlepiej, jeżeli jest krótką, naciąć przy podstawie i palcami wyłuszczyć. Jeżeli zaś szypułka jako tako jest długą, to, pod kontrolą obejmujących ją palców, odcinamy ją nożyczkami Siebolda, cięciami krótkimi, trzymając się blisko obrzęku, aby w razie krótkiej szypułki lub w razie wycisowania dna macicy, które za szypułkę uważamy, nie naciąć ściany macicy. W przypadkach bardzo krótkiej szypułki i rozszerzonej przez polip szyi, poleca Säxinger<sup>2)</sup> wydłużyć usadowienie polipa przez codzienne systematyczne pociąganie kleszczykami, co do tego stopnia może się udać, że polip wystąpi całkiem z macicy bez sprawienia częściowego wycisowania.

Polipa miernej wielkości znajdującego się w pochwie chwyta my po prostu dwoma haczykowato zgiętymi palcami ręki lewej i przecinamy szypułkę pod kontrolą tych palców. Nie zależy tu na tem, aby szypułkę odciąć jak najwyżej, gdyż pozostała część zaciąga się i zanika do rozmiarów nieznacznego guzka. C. Braun operował pod kontrolą wzroku w bocznem ułożeniu chorej z użyciem łyżki Simona i pociągnięciem przodkowej wargi macicznej i polipa ku przodowi, poczem szypułkę odcinał nożyczkami.

Równie korzystnie zamiast nożyczek użyć można drutowego odgniatacza Mayera i Meltzera, szczególnie w razie grubszej szy-

<sup>1)</sup> *Gazette medicale de Paris* 1884. — <sup>2)</sup> Schlossberger, *Centralblatt f. Gyn.* 1885. Nr. 13.

pułki. Użycie pętli galwanokaustycznej wymaga wiele zachodu do małej rzeczy i dlatego z korzyścią użyć jej można tylko w przypadku polipa posoczącego. Głównym motywem do zastąpienia nożyczek była obawa krwotoku. Zważywszy jednak, że znaczniejszy krwotok z naczyń szypułki wydarza się bardzo rzadko i że krwotok wyjątkowo znaczny daje się zawsze opanować ścisłą tamponadą samej macicy i pochwy, to w największej części przypadków bywają nożyczki narzędziem zupełnie dostatecznym. Dostępną krwawiącą szypułkę można także chwycić kleszczykami, które pozostawiamy przez kilkanaście godzin, lub podwiązać ją, jak to uczynił Madurowicz w przypadku bardzo znacznego krwotoku z grubej środkowej tętnicy szypułki, lub przypalić ją termokauterem.

W przypadkach bardzo cienkiej lub tylko przez błonę śluzową utworzonej szypułki, można zamiast odcięcia użyć odkręcenia, (*Torsio*), obracając, uchwycony kleszczykami, obrzęk w jednym kierunku. Jeżeli jednak w czasie kręcenia opór staje się bardzo wyraźnym, należy szypułkę odciąć.

Jeżeli duży polip tak wypełnia pochwę, że do szypułki nie można się dostać (co czynią już obrzęki wielkości pomarańczy), czynimy ją dostępną albo wycięciem stożka lub klina z obrzęku, lub wydłużając go sposobem Hegara lub Simona (str. 344). Byrne przecina większe obrzęki pętlą galwanokaustyczną, poczem resztę wyłuszcza.

Co się tyczy leczenia następowego, to chore po odkręceniu bardzo cienkiej szypułki nawet nie potrzebują leżeć. Po odcięciu zaś szypułki nieco grubszej należy macicę i pochwę wytamponować gazą jodoformową, którą pozostawiamy przez 3 dni, poczem ograniczamy się do wstrzykiwań pochwowych, powtarzanych dwa razy dziennie 2% wodą karbolową, a chora po kilku dniach może opuścić łóżko. C. Braun poleca tak długo spokój, dopóki wydzielina zupełnie nie ustanie, co zależne jest od grubości szypułki i trwać może i trzy tygodnie. Tę ostrożność śmiało zalecić możemy w przypadkach polipa szeroko osadzonego, który odjęliśmy w samej jamie macicy.

### **Rak macicy. Carcinoma uteri.**

Rak macicy występuje w dwóch odrębnych, prawie niezależnych od siebie postaciach, jako: rak dolnej części, czyli szyi macicy i rak ciała macicy.

**Rak szyi macicznej. Carcinoma colli uteri.**

**Przyczyny.** W roku 1860 zmarło w Anglii na raka w ogólności mężczyzn 2100, kobiet 4727 = 4:44:10. Obliczając na 1000, zmarło mężczyzn 0.19, kobiet 0.44, czyli, że śmiertelność kobiet na raka jest więcej niż dwa razy tak wielką, niż mężczyzn.

Podług Schrödera, na 100 kobiet zmarłych na raka różnych narządów, przypada 33.3% zmarłych na raka macicy, czyli że ten rak stanowi  $\frac{1}{3}$  raków wszystkich narządów w ogóle. Że wielką przewagę raków u kobiet stanowi wyłącznie rak macicy, dowodzi ta okoliczność że aż do wieku dojrzałości płciowej ilość raków u mężczyzn i kobiet jest prawie równą, a począwszy od wieku, w którym rak się już pojawia, rozpoczyna się przewaga powiększać tak, że według tablic Simpsona pomiędzy 25 a 35 rokiem życia 2.5 razy więcej kobiet zapada na raka niż mężczyzn, a pomiędzy 35 a 45-tym rokiem 3.5 razy więcej.

Jeżeli się teraz zapytamy o przyczynę raka macicy, to odpowiedź na to pytanie wypada bardzo niedostatecznie.

Dziedziczność, której większe przypisujemy znaczenie dla raków innych narządów, zdaje się w raku macicy odgrywać tylko małą rolę, gdyż w 1203 przypadkach zestawionych przez Gusserowa można było jaki taki związek z dziedziczeniem wykazać tylko 90 razy = 7.4%.

Wiek odgrywa najważniejszą rolę, a mianowicie, okres zwrotu płciowego i wiek po tym okresie jak to wykazuje następująca tabliczka Gusserowa.

lat 17	—	przyp. 1	Glatte r
" 19	—	" 2	Beigeli Eckardt <sup>1)</sup>
20 — 30	—	" 114	
30 — 40	—	" 770	
40 — 50	—	" 1169	
50 — 60	—	" 856	
60 — 70	—	" 340	
nad 70	—	" 193	

Wyjawszy zatem trzy pierwsze przypadki, rak macicy nie pojawia się przed 20 rokiem życia, a największą jest częstość raka

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. T. XXX.

między 30 a 50 rokiem, poczem zaczyna opadać. Opadanie to jest jednak tylko pozornem, jeżeli się uwzględni, że i absolutna ilość kobiet późniejszego wieku znacznie się zmniejsza. Śmiało zatem twierdzić możemy, że okres zwrotu płciowego najwięcej usposabia do raka macicy, a zarzut, że wiek pomiędzy 40 a 50 r. usposabia i mężczyzn do raków rozmaitych narządów nie jest uzasadnionym, gdyż gdybyśmy z porównawczych tablic śmiertelności na raka w ogóle wyłączyli raka macicy, to pozostałaby tylko niewielka przewaga kobiet zmarłych z raka sutka, tak, że znaczną przewagą odnieść należy do wpływu, jaki wspomniany okres wywiera na powstanie raka macicy.

Jeżeli przypuścimy, że w stósunkach prawidłowych dwa odmienne utkania np. przybłonkowe i tkanki łącznej lub mięsnej tak wzajemnie na siebie działają, że jedno nie może wkraczać w granice drugiego, to nietypowy rozrost utkania przybłonkowego należałoby przypisać utracie odporności utkania sąsiedniego, która jest właściwą wiekowi późniejszemu.

Anatomiczna przyczyna Cohnheima, że raki powstają z pozostałego płodowego utkania przybłonkowego, które wzrasta pod wpływem bodźców swoistych, jest bardzo piękną, lecz nam przyczyny raków nie wyjaśnia, bo o te bodźce jedynie się rozchodzi. Z bodźców tych głównie godnymi uwagi są: czynności płciowe i stany chorobowe macicy. W pierwszym rzędzie należy rozważyć wpływ, jaki na powstawanie raka mogą mieć: spółkowanie, ciąża i poród.

Z wielu stron z upodobaniem bywa jako przyczyna raka podnoszoną nie tyle częstość spółkowania, ile stopień znacznego podniecenia płciowego (*Libido sexualis*), które towarzyszy temu aktowi. Stwierdzenie jednak tego momentu etiologicznego nietylko jest trudnem, lecz i w przypadkach, w których go stwierdzono, może pochodzić od świadka, który towarzyszy już początkowi raka. Gdyby częstość spółkowania stała w rzeczywistym związku z powstawaniem raka, to trzeba by wykazać znaczną częstość raka u prostytutek. Tu jednak spotykamy się z znacznymi trudnościami, jeżeli zważymy, że wiek, w którym kobiety oddają się prostytutcy nie jest jeszcze wiekiem częstego pojawiania się raka; a gdy dojdą do tego wieku, usuwają się już z pod kontroli urzędowej (Gusserow). Mimo to podjął się Glatte dowodu przemawiającego na korzyść tego przypuszczenia, wykazując, ile kobiet zmarłych w Wiedniu na raka oddawało się

prostytucyi i wykazuje, że stanowią one 25% z ogólnej liczby na raka macicy zmarłych kobiet.

Wpływ spółkowania o tyle daje się stwierdzić, że rak częściej pojawia się u mężatek, gdyż na 1000 kobiet zmarłych w Wiedniu na raka było niezameźnych 229, wdów 268, a zameźnych 503, (Glatter).

Ilość przebytych ciąż i porodów zdaje się również mieć wpływ usposabiający, gdyż z różnych zestawień okazuje się, że płodność kobiet podlegających rakowi macicy bywa uderzająco znaczną. Ilość chorych, które nie rodziły, jest bardzo małą i wynosi podług Hofmeiera tylko 4·8%, Funka 7·5%, a Gusserowa 12·7%. Co do ilości porodów to ta przewyższa przeciętną cyfrę. I tak: podług Westa na jedną chorą na raka przypada 5·6 dzieci donoszonych i 1·2 poronień, zatem 6·8 ciąż, podług Gusserowa 4·5, Scanzoniego 7·01 Schrödera 5·02. Zważywszy, że średnia cyfra porodów wynosi w Prusiech 4·6, w Anglii 4·2, a we Francyi 3·4, to ilość porodów przebytych przez kobiety, które na raka zapadają, okaże się znacznie większą. Podług Winckla na 130 chorych było:

rodzących . . .	1 raz	13	= 10·0%
" . . .	2 — 5 razy	53	= 40·8%
" . . .	6 — 26 "	64	= 49·2%

z czego się okazuje, jak z częstością porodów wzrasta częstość raka. Winckel przypisuje znaczną rolę w powstaniu raka długim, ciężkim porodom, jakoteż częstym poronieniom w pierwszych miesiącach ciąży.

Przypuszczając wpływ spółkowania i porodów wchodzimy tem samem w teorię bodźców miejscowo drażniących. Spółkowania jednak nie można uważać za tak silny bodziec dla części pochwowej, a poród jakkolwiek jest gwałtownym bodźcem, to wydarza się rzadko. Nierzadko jednak pojawia się rak bezpośrednio po porodzie i tak Gusserow na 48 przypadków przytacza 9 = 18·7%, w których rak pojawił się w przeciągu roku jednego po porodzie. West podaje 11·3%, a Chiari opisuje 3 przypadki raka dna macicy u młodych 23 — 24 letnich kobiet, u których bezpośrednio po porodzie rozwinął się rak na miejscu łożyskowem.

Z bodźców swoistych podnosił już E. Martin zarażenie rzeźączkowe jako przyczynę raka, a Winckel cytuje przypadek szybkiego bardzo rozwoju raka z wypociną okołomaciczną, wywołaną tem zarażeniem.



Z bodźców, którym należy przypisać wybitny wpływ na powstanie raka, wymienić należy tak częsty niezbyt przewłoczny szyi macicy i towarzyszącą mu nadżerkę, której właściwości anatomiczne, pojęte jako gruczolowa sprawa nowotworowa, łatwo tłómaczą przyczynowy związek z rakiem. Breisky jako szczególnie usposabiające uważa drażnienie błony śluzowej wywiniętych warg (*Ectropium*).

Schröder zwraca uwagę na częstość raków w ogóle na ujściach rozmaitych narządów j. t. wargach ust, wypuszcie żołądka, kiszki ślepej i odbytnicy, których losy dzieli i ujście maciczne.

Okoliczność ta, że rak pojawia się tak przeważnie u kobiet klasy ubogiej, pędzącej życie wśród trosk w walce o byt, dozwala przypuszczać, że przygnębiające wrażenia umysłowe są niemałym czynnikiem w powstawaniu raka. Pod tym względem rak stoi w przeciwieństwie do włókniaka, czego najlepiej dowodzi zestawienie Schrödera z chorych polikliniki i prywatnej praktyki, z którego się okazuje, że u chorych z prywatnej praktyki stosunek włókniaków do raków jest 2:71:1, gdy u chorych z polikliniki 1:2.

**Anatomia patologiczna.** Rak dolnej części macicy pojawia się w trzech odrębnych postaciach, których ściślejsze rozróżnienie odnosi się tylko do okresów początkowych, gdyż w dalszym przebiegu tracimy zupełnie podstawę do oznaczenia miejsca pierwotnego powstania i do śledzenia cechujących znamion szerzenia się. Klebs rozróżnia te trzy formy jako: 1. brodawkowe bujanie rakowcowe zewnętrznej powierzchni części pochwowej, (*Cancroide Papillargeschwulst*), 2. płaski rakowiec szyi (*das flache Cancroid des Cervix*) i 3. rak właściwy (*Carcinoma*).

Co do utkania, z jakiego powstaje rakowiec, to Waldayer przypuszcza w macicy tylko rakowca skórniego (*Plattenepithelkrebs*), a rozwój z gruczolów szyi uważa za tak wyjątkowy, że sam go tylko raz widział. Według niego powstaje rakowiec z międzybrodawkowych zagłębień przybłonka (*rete Malpighi*) warg macicznych. Jeżeli biorą udział i brodawki, powstaje bujanie brodawkowe. Wywodzi on i właściwego raka części pochwowej od bujania głębszych warstw przybłonka w tkankę łączną. Autorowie francuzcy Robin, Lancereaux i Cornil<sup>1)</sup> przyjmują w powstawaniu raka wyłącznie teorię przybłonkową i wywodzą formę pierwszą (Klebsa) od przybłonka brukowego części pochwowej, drugą od bujania gruczolów szyi, podobnie jak w raku błony śluzowej jamy macicy (*Adenoma*), które to gruczolkowe utkanie zamienia się w raka bujaniem przybłonka gruczol-

<sup>1)</sup> *Leçons sur l'anatomie path. des cancers de l'uterus. Journ. des connaissances méd.* 1888.

łowego, a właściwego raka zaliczają do przybłonkowego nietypowego, cechującego się przybłonkami różnpostaciowymi, których gniazda rozdziela tkanka łączna (*Carcinoma alveolare*). Ruge i Veit<sup>1)</sup>, których zapatrywania przyjęły się przeważnie w Niemczech, wywodzą pierwszą formę Klebsa nie z przybłonka brukowego, lecz z tkanki łącznej lub z patologicznego gruczołowego utkania nadżerek, formę drugą z gruczołów szyi, a raka właściwego także z tkanki łącznej, gdy Klebs odnosi powstanie jego do odsznurowanych gruczołów szyi, kładąc nacisk na *ovula Nabothi* okolicy ujścia wewnętrznego.

1. Powierzchnowy rakowiec części pochwowej, czyli forma brodawkowa, (*la forme végétante* Francuzów,) pojawia się pierwotnie na błonie śluzowej pokrywającej część pochwową i cechuje się bardzo znacznem bujaniem brodawek, tak, że tworzy początkowo na jednej wardze wydłużoną, lub grzybowatą narośl, pod którą druga warga przykryta wybujalosciami, może być jeszcze zupełnie zdrową, lub też zajmuje obie wargi. Drugą cechą tej formy, prócz przewagi bujania nad rozpadem, jest nader mała dążność do szerzenia się na błonę śluzową szyi macicznej, natomiast szerzy się z upodobaniem i bez przerwy na sąsiednią błonę śluzową sklepień a błona śluzowa szyi może być całkiem zdrowa lub okazywać tylko objawy nieżytu nawet wówczas, gdy zwyrodnienie już całą pochwę zajęło. Dalsze utkanie części pochwowej może pozostać nietkniętem nawet w tych przypadkach, gdy cała tkanka łączna dokoła zajęta już zwyrodnieniem rakowem tworzy bardzo znaczne lecz pozorne zgrubienie samej szyi macicznej, na której miąższ, dopiero późno przechodzi rakowiec lub wcześniej drogą przerzutu, tworząc odosobnione od pierwotnego ogniska guzki rakowe, których rozpad następowy zaciera zupełnie obraz rakowca części pochwowej.

Abel i Landau<sup>2)</sup> podają, że często rakowi części pochwowej towarzyszą takie zmiany błony śluzowej jany macicy, które zmuszeni są z cech anatomicznych uważać za zwyrodnienie mięsakowe (*Sarcoma*) i uważają je za okres przejściowy do raka, czego jednak badania Fränkla<sup>3)</sup> i Eckardta<sup>4)</sup> nie potwierdziły, gdyż znajdowali oni stale zmiany właściwe tylko formie nieżytu gruczołowego (*Endometritis glandularis*) ze znaczną skłonnością do nowotwórstwa naczyń.

2. Rakowiec błony śluzowej szyi (*Cancer térébrant-cavitaire* Francuzów), powstaje z jej gruczołów i szerzy się jednostajnie

<sup>1)</sup> *Der Krebs der Gebärmutter. Stuttgart. 1881.* — <sup>2)</sup> *Arch. f. Gyn. T. XXXIV.* — <sup>3)</sup> *Arch. f. Gyn. T. XXIII.* — <sup>4)</sup> *Verhandl. des 2. Gynecolog. Kongresses 1888.*

naokoło w tkance łącznej podśluzowej, a cechując się przewagą rozpadu nad bujaniem, wcześniej zamienia cały przewód szyi w wrzód rakowy. Ma on tak małą skłonność do przekroczenia zewnętrznego ujścia macicy, że spotykamy się często z przypadkami, w których cała szyja i część jamy macicy zwyrodniałe tworzą lejkowato wytoczony ubytek od dołu ograniczony prawie zdrowymi wargami macicznymi, przy całkiem zdrowej pochwie. Natomiast okazuje on znaczną skłonność do szerzenia się na jamę macicy (*Degeneratio ascendens*) zatrzymując się do pewnego czasu na ujściu wewnętrznym, które później bez przeszkody przekracza, i to często tak równo odciętą linią, że linię tę uważano za ujście wewnętrzne, które miało tworzyć silną zaporę przeszkadzającą szerzeniu się raka na jamę macicy; bliższe badanie zwykle jednak wykaże znaczne już skrócenie jamy sprawione zwyrodnieniem, które już ujście wewnętrzne minęło.

3. Rak mięszzowy szyi macicznej czyli rak właściwy (*Carcinoma*) poczyna się jako ograniczony guzek rakowy, umieszczony pod błoną śluzową szyi lub części pochwowej. Większa ilość guzków w różnych kierunkach wzrastających, nadaje nieregularny guzowaty kształt części pochwowej, a zwyrodnienie, jakkolwiek szerzy się i w górę na ciało macicy, ma jednak największą skłonność do szerzenia się na otaczającą tkankę łączną. Przez rozmięczenie, stopienie się i rozpad guzków, powstaje wrzód rakowy otwierający się w szyję lub na powierzchni części pochwowej i wówczas cechy raka a rakowca szyi, zacierają się do niepoznania.

Jedynym może w swoim rodzaju jest przypadek Eckardta<sup>1)</sup> u 19 letniej dziewczyny, w którym rak obu warg, znacznie wydłużonej szyi, leżał przed częściami rodnymi, jako obrzęk wielkości głowy dziecka.

Schröder przytacza jeszcze jako 4-tą formę, powierzchowne rakowcowe owrządzenie z wielką skłonnością do szerzenia się. Wydarza się ono najczęściej na błonie śluzowej tylnego sklepienia pochwy, a rzadziej na zewnętrznej powierzchni części pochwowej. Przypadek taki, w którym można było udowodnić przejście zwyrodnienia z tylnego sklepienia na tylną wargę maciczną, a nie przeciwnie, obserwowałem u chorej, operowanej później przez Mikulicza.

Każdy z opisanych rodzajów raka macicznego, przekroczywszy raz granicę swego pierwotnego usadowienia, przechodzi na macicę.

<sup>1)</sup> l. c. str. 371.

pochwę, otaczającą tkankę łączną, gruczoły sąsiednie, otrzewną, pęcherz moczowy, odbytnicę, moczowody, wreszcie na żyły, nerwy, okostną i kości miednicy. Jak wiadomo, najrychlej szerzy się na pochwę rakiem części pochwowej i to przez ciągłość zwyrodnienia. Czempin<sup>1)</sup> podaje jednak przypadek, w którym w miejscu błony śluzowej pochwy, do którego przylegał rak przodkowej wargi, powstało owrzodzenie rakowe, tylko skutkiem przylegania (*Contactinfection*).

Z tkanki łącznej pomiędzy szyją maciczną a pęcherzem moczowym i z pochwy, przechodzi zwyrodnienie na ścianę pęcherza w okolicy trójkąta Lieutauda, gdzie albo drogą przerzutu, lub przez ciągłość tworzy guzki lub nacieki pod błoną śluzową, które skutkiem następowego rozpadu mogą utworzyć przetokę pęcherzowo-pochwową. O wiele rzadziej w podobny sposób przechodzi zwyrodnienie z zatoki Douglasa lub z pochwy na odbytnicę i utworzyć może przetokę odbytnicowo-pochwową. Moczowody długo stawiają opór zwyrodnieniu rakowemu, lecz otoczone niepodatnem, zwyrodniałem utkaniem, doznają ucisku ze skutkami utrudnionego odpływu moczu z nerek i puchliną nerkową, (*Hydronephrosis*), która podług Blaaua ma się wydarzać u 61% chorych na raka macicy. Jeżeli w końcu zwyrodnienie i rozpad przeszły i na moczowód, to może on otwierać się na zewnątrz w wrzodzie rakowym.

Gdziekolwiek rak zbliża się do otrzewny, tam ona zupełnie ginie, a zlepne zapalenie otrzewny sąsiedniej chroni resztę jamy brzusznej od wolnego sterczenia w nią nowotworu.

Na ciało macicy szerzy się zwyrodnienie wcześniej lub później stosownie do pierwotnego umiejscowienia raka, zatem najpóźniej w razie rakowca części pochwowej i to przez ciągłość lub przerzutowo, tworząc rozrzucone guzki w jej mięszu, a rozpad od dołu postępujący sprawia coraz większy ubytek, tak, że w końcu macica może zupełnie zniknąć. Na trąbki maciczne szerzy się zwyrodnienie bez przerwy, gdy na jajniki najczęściej przerzutowo.

Zwyrodnienie rakowe nie ogranicza się na narządach małej miednicy, które mogą być zamienione w jedną masę rakową, lecz bez przerwy dalej postępuje na sieć (*Omentum*), gruczoły zaotrzewnowe a nawet i na jelita, które mogą, po przebicciu, otwierać się w wspólną kloakę. Obecnie obserwuję chorą, u której zwyrodnienie rakowe

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXII.

wystąpiło przez otwór siedzeniowy, (*Foramen ischiadicum*) pod skórę pośladka.

Przerzuty (*Metastases*) w przypadkach raka macicy stósunkowo rzadko i zawsze dopiero późno się wydarzają. Najczęstszą ich siedzibą bywają gruczoły pachwinowe, lędźwiowe i zaotrzewnowe, następnie jajniki, wątroba i płuca, a wyjątkowo mogą być i wszystkie inne narządy zajęte.

Gusserow w 283 przypadkach podaje 22 razy przerzuty w wątrobie, 22 razy w płucach. W 292 przypadkach Arnotta, W rany'ogo, Blaua, Kiwisch'a, Leberta i Wagnera znajdujemy 51 razy przerzuty w jajnikach, 24 razy w wątrobie, a tylko 3 razy w sutku, zatem bardzo rzadko.

W obec wielkiej częstości pierwotnego raka macicy, uderza mała jej skłonność do następowego schorzenia drogą przerzutu, tak, że Wagner znalazł tylko 5 odnośnych przypadków.

**Objawy i przebieg.** O objawach towarzyszących początkowi, czyli powstawaniu raka, mówić nie można, gdyż one nie istnieją lub są tak mało znaczące, że kobiety, szczególnie te które przywykły do małych dolegliwości, lub które bezskutecznie leczyły się na niezyt maciczny i cierpią nawet na obfitą wydzielinę, poprzedzającą pojawienie się raka, nie zwracają na nie uwagi. Ta okoliczność znacznie się przyczynia do uczynienia cierpienia jeszcze złośliwszem, gdyż trzyma w uśpieniu czujność chorej i lekarza.

Objawy które już zwracają na siebie uwagę chorych i zmuszają je do szukania pomocy, odnoszą się prawie zawsze już do owrzodzenia rakowego, czyli, że wybitne objawy raka są już objawami wrzodu rakowego, czyli rozpadu.

Nierzadko też wynik badania, które wykazuje przerażające szeregienie się nowotworu, nie licuje z nieznacznymi objawami, i tem się też tłómaczy częsta bezsilność środków, których dla usunięcia tej plagi używamy, gdy wówczas dopiero wystąpić możemy przeciwko niej, gdy nie jesteśmy już pewni granic zwyrodnienia. Tylko w nierównie mniejszej części przypadków wydarzają się wybitniejsze objawy początkowe, szczególnie, gdy tworzące się w tkance łącznej guzki rakowe wywołują silne bóle uciskowe przed rozpadem jeszcze.

Najstalszymi objawami raka a raczej już wrzodu rakowego są: krwotoki, obfita wydzielina i bóle.

Krwawienia bywają w największej części przypadków pierwszym objawem (83% Gusserow), a przynajmniej tym, który zwraca

ca uwagę chorej na znaczenie cierpienia i którego datę chore pamiętają. U miesiączkujących jeszcze, występują początkowo jako znacznie zwiększony odpływ miesięczny, lecz bliskość okresu zwrotu płciowego i tłómaczenie sobie krwotoku jako właściwego temu okresowi objawu, bywa najczęstszą przyczyną zaniedbania. Chore zaś, które już ustały miesiączkować, najczęściej, w obec powracających krwawień, pocieszają się powrotem okresów miesięczkowych. Lecz uporczywe powracanie krwawień w okresach bardzo skróconych, a pomiędzy okresami odpływ wodnisty, krwawy, podobny do wypłuczyn mięsa, lub już cuchnący, zmusza je w końcu do szukania rady. Chore podają wówczas, że krwawienia powracają szczególnie po spółkowaniu, parciu na stolec i zmęczeniu się. W innych przypadkach od razu uderza krwotok swoją gwałtownością i długim trwaniem, szczególnie w razie rakowca brodawkowego części pochwowej, gdy utworzone wybujałości rozpadają się. Mimo gwałtowności i uporczywości rzadko krwotoki bezpośrednio życiu zagrażają. Madurowicz obserwował przypadek z zejściem śmiertelnem u chorej dobrze odżywionej, lecz bardzo niedokrewnej.

W przypadkach guzów właściwego raka może krwotoków zupełnie nie być, a pośrednie miejsce zajmuje rakowiec płaski szyi, któremu może towarzyszyć tylko wydzielina krwawo zabarwiona, a rzadko znaczniejsze krwotoki. W późniejszym przebiegu choroby, im prędzej następuje rozpad części rakowo nacieklých, tem mniejszą rolę odgrywają krwotoki i ustępują miejsca wydzielinie krwawo surowiczej.

Wydzielina z części rodnych, czyli odpływ (upławy) bywa tylko w przypadkach rakowca części pochwowej, od samego początku obfita, a w późniejszym przebiegu towarzyszy każdej formie i bywa nawet stałszym objawem niż krwawienia. Zachowuje się ona rozmaicie, stósownie do tego czy rozpad już nastąpił lub nie. Przed rozpadem wygląda ona albo jak zwykłe obfite, rzadkie upławy, lub bywa wodnistą, krwią zabarwioną, woni mdłej, lecz niecuchnącą. Zazwyczaj jednak po pierwszym obfitym krwotoku, będącym objawem rozpadu narosłych wybujałości, cechującą się wydzielina zmienia, stając się przenikliwie, odrażająco cuchnącą, mętną, i szaro-brunatną z powodu rozpadających się strzępów utkania.

Jakkolwiek tylko mała ilość raków przebiega bez bólow (5—6% Winkel), to nie można bólow przypisywać takiego znaczenia, jak dwom poprzednim objawom. W początku nie posiadają bóle żadnej szczególnej cechy, a te, które nazywamy bólami rakowymi za

leżą już od szerzenia się zwyrodnienia poza granice szyi macicznej. W razach owrzodzeń rakowych, ograniczonych na część pochwową, mogą bóle być bardzo nieznaczące lub może ich zupełnie brakować, a gdy wcześniej się pojawiają i to ze szczególnem nasileniem to przypuszczać należy istnienie podrażnienia zapalnego w okolicy ogniska rakowego. Jeżeli jednak rak szerzy się na ciało macicy lub na tkankę łączną miednicy, to powstają wówczas te bóle, które przez długi czas stanowią najwybitniejszy i najdotkliwszy objaw cierpienia. Tak zwane „bóle rakowe“ bywają prężące, świdrujące, kolące, gniotące i piekące, a siedzibą ich, bywa okolica krzyżów, podbrzusze i uda, a w górę promieniają aż do okolicy nerkowej. Powstają one albo z ucisku na nerwy, lub z szerzenia się na nie nowotworu, lub z odsłonięcia zakończeń nerwowych w owrzodzeniu rakowem. Bóle z cechą bólów porodowych mogą się wydarzać skutkiem chwilowo utrudnionego odpływu nagromadzonej wydzieliny i części rozpadowych. Im więcej zwyrodnienie szerzy się na otaczającą tkankę łączną, tem silniejsze bywają bóle, mianowicie, w przypadkach dużych, twardych nacieków, których rozpad się opóźnia. Dopiero szybko postępujący rozpad, w którym miękną nacieki a z nimi niszczeją i uciśnięte zakończenia nerwowe, zmniejsza znacznie bóle lub usuwa je. Nie jest to jednak stałem, tak, że największe bóle mogą towarzyszyć rakom rozpadającym się.

Do bólów pochodzących od nacieków rakowych łatwo przyłączają się bóle innego rodzaju, pochodzące z podrażnienia otrzewny, a objawiające się głównie dotkliwością uciskową. W związku z temi podrażnieniami otrzewny pozostaje zapewne objaw podnoszony przez Schrödera, że chore na raka okazują często silne napięcie powłok brzusznych, które należałoby jako odruch pojmować.

Inne objawy albo są współczulne, lub ściśle związane z szerzeniem się nowotworu i postępującym rozpadem. Do pierwszych zaliczamy świad sromu i przypadki żołądkowe. Nie myślimy tu o tym świadzie sromu, który pochodzi od drażnienia skóry rozłożoną gryzącą wydzieliną, lecz o tym, który się pojawia bez tych zmian w bardzo wczesnych okresach raka, jako objaw czysto nerwowy. Z przypadków żołądkowych, wcześniej pojawić się mogą wymioty, które wówczas należy pojmować jako objaw współczulny. W dalszym przebiegu bywają one objawem nieżytu żołądkowego, towarzyszącego niedokrewności i zaparciom stolca, lub mogą po prostu pochodzić z obrzydzenia wywołanego cuchnieniem wydzie-

liny, albo też towarzyszyć podrażnieniu lub zapaleniu otrzewny. Nie należy jednak nigdy zapominać, że wymioty w przebiegu raka mogą być i bywają często objawem mocznicy, (*Uraemia*) pojawiającej się albo z przebiegiem ostrym, lub częściej z przewłocznym. Dlatego też należy kontrolować ilość oddawanego na dobę moczu i zwracać uwagę na drugi stały objaw, jakim jest ból głowy.

Szerzenie się raka może wywołać cały szereg świeżych objawów j. t. parcie na mocz i bóle w czasie oddawania moczu, które występują skutkiem szerzenia się raka na tylną ścianę pęcherza, jakoteż bolesne wypróżnienia, a następnie znaczne krwawnice (guzy hemoroidalne) i pochodzące z nich dolegliwości.

Stan ogólny chorych w początku choroby, szczególnie zanim rozpad nastąpi, może być zupełnie zadawalającym, tem bardziej, że stósunkowo często pojawia się rak u kobiet dobrze odżywionych. W dalszym jednak przebiegu, skutkiem utraty krwi i soków, a więcej jeszcze skutkiem wcześniej pojawiających się zaburzeń w trawieniu j. t. braku apetytu, zatwardzeń lub biegunki, wymiotów niedających się powstrzymać, szybko upada odżywienie i wytwarza się obraz, który oznaczamy nazwą „wyglądu rakowego“, a na który składają się często objawy niedokrewności najwyższego stopnia, ziemista cera, wychudnienie, głęboko osadzone oczy i bolesny wyraz twarzy.

Dziwić się często trzeba, jak i kobiety do tego stopnia wyniszczone że przedstawiają obraz szkieletu pokrytego skórą, całymi tygodniami nie prawie do ust nie biorąc, trapione wymiotami i spędzające bezsenne noce wśród strasznych bólów i powietrza zatrutego cuchnącą wydzieliną, żyją czyli wegetują na przekór wszelkiemu rokowaniu. Do podtrzymywania życia przyczyniać się mają podług Winckla środki odurzające, które czynność i zużywanie się narządów znacznie zmniejszają.

Stopień najwyższego charakteractwa rakowego nzupełniają w końcu jeszcze obrzmienia surowicze i odleżyny. Obrzmienia ograniczają się do kończyn dolnych i pochodzić mogą z ucisku nacieków rakowych na żyły miednicy lub z zakrzepów w żyłach; puchlina zaś ogólna z ogólnego zubożenia krwi (*Hydraemia*), lub ze zmian głębszych utkania nerkowego j. t. zapalenia mięszonego i zwyrodnienia skrobiowatego.

W końcowym akcie tej tragedyi, jak się wyraża Schröder, jeżeli ostre choroby, jak zapalenie płuc, ostra mocznica lub zapa-



lenie otrzewny nie położą kresu życiu, zmniejsza straszne cierpienia stan niezupełnej przytomności, wywołany często mocznicą przewłoczną, w której chore popadają w stan zubożenia, leżą spokojnie, odpowiadają niechętnie i trudno na pytania, aż wreszcie przytomność ustępuje coraz więcej i stan taki z małymi chwilami oprzytomnienia trwa aż do śmierci.

Jako najczęstsza przyczyna śmierci w przypadkach raka bywa podawanym uwiąd (*Marasmus*), lecz niewątpliwie tą nazwą często oznaczane bywają zakończenia, przebiegające z objawami niedostrzeżonej przewlekłej mocznicy.

Seyfert podaje na 62 przypadków śmierci 28 razy mocznicę, 9 razy ropnicę, 5 razy zwyrodnienie skrobiowate, 3 razy obrzęk płuc, 3 razy czerwone. a reszta przypadków t. j. 15 przypada na uwiąd. Natomiast Blau na 93 przypadków śmierci nie podaje ani jednego z mocznicy, a śmierć z wycieńczenia 48 razy = 31%, co chyba przypisać można przeoczeniu objawów mocznicy. Drugie miejsce u niego zajmują odleżyny (24·5%), następnie ropne zapalenie otrzewny (20%), a w tych 8 razy z przebiegiem gniazda ropnego w jamę otrzewny, zapalenie płuc 7%, a reszta przyczyn rozdziela się na zapalenie opłucny, zator tętnicy płucnej, zapalenie miedniczek nerkowych, zwyrodnienie tłuszczowe serca, zgorzel płuc i zapalenie żył wątrobowych skutkiem posokowego zakrzepu w żyłę bronnej.

Od dawna zastanawiano się nad rzadkością posocznicy w przebiegu raka macicy, gdy tyle jest danych dla jej powstania. Gusserow i Eppinger uważają naciek zapalny w okolicy wrzodu, jako wał chroniący od zakażenia, a Barnes jest jedynym, który charłactwo rakowe pojmuje jako skutek wessania cieczy posokowych, lecz przyznaje, że właściwa posocznica lub ropnica należą do rzadkości. Eppinger zaś opisał dwa przypadki wybitnej posocznicy w przebiegu raka.

Trwania całej choroby prawie nigdy nie można ściśle oznaczyć, gdyż, jak wiadomo, ma ona początek utajony. Mówiąc zatem o trwaniu, rozumiemy okres od pierwszych objawów zwracających uwagę na cierpienie, aż do śmierci. Tu jednak podawane cyfry znacznie się różnią i tak: West podaje jako przeciętne trwanie raka 17, Lever 20, a Lebert 16 miesięcy. Tanner podaje najkrótsze trwanie 6 mieś., najdłuższe  $4\frac{1}{4}$  lat, a Gusserow najkrótsze 4 mieś., najdłuższe 3 lata, przeciętne zaś trwanie 12 miesięcy. Najdłuższe trwanie 2 —  $2\frac{1}{2}$  lat podaje Simpson, a Barker 3 lata i 8 miesięcy.

Możliwość samoistnego uleczenia, przez zupełne oddzielenie się części nowotworowych i zabliznienie, nie jest dostatecznie udowodnioną pomimo zapewnień Gallarda i Barnes'a. Uleczenie przez zanik utkania (*Carcinoma atrophicans*) podaje Cruveilhier.

**Rozpoznanie** raka dolnej części macicy jest bardzo łatwym wtenczas, gdy jest już rozwiniętym. Krwotoki, odchody cuchnące które chora podaje, a często znaczna już niedokrewność i wiek chorej, już bez badania powinny zawsze budzić silne podejrzenie, lecz bez koniecznego uprzedzenia się w tym kierunku, gdyż za uprzedzeniem postępuje często pobieżne badanie i fałszywe rozpoznanie, a pomyłki są możliwe nawet w przypadkach najwybitniejszego obrazu raka, jeżeli zaniedbamy jak najdokładniejszego badania. Wybadanie wybujalości części pochwowej dających się łatwo odrywać, stósunek ich do warg macicznych, szerzenie się na pochwę, zachowanie się szyi, i zachowanie się obrzęku sterczącego w ujściu do ujścia samego, twarde naciekle brzegi i podstawa wrzodu rakowego, są wybitnymi cechami raka, a wybadanie ich chroni od pomyłek. Tu przypomnieć należy, że posoczący polip włókniakowy lub posoczący śródścienny włókniak, szczególnie wargi macicznej, można pomieszać z rakiem. W pierwszym przypadku chroni od pomyłki wybadanie stósunku obrzęku do szyi macicznej, a w drugim wydarzyły się pomyłki nawet Schröderowi i Wincklowi, którzy dopiero w czasie operowania poznali błąd. W podobnych przypadkach należy pamiętać, że rozpadające się utkanie rakowe daje się łatwo palcem odrywać, gdy z utkaniem włókniaka ta próba się nie udaje.

Winckel zwraca uwagę na wielkie podobieństwo do raka dużego wrzodu kiłowego części pochwowej, który częściowo w zgorzel przechodzi. Bez wycięcia kawałka, celem badania drobnowidowego, może tylko próba leczenia przeciwkiłowego wyjaśnić prawdziwą przyczynę wrzodu.

Błonicowe zapalenie pochwy i części pochwowej może być łatwo z rakiem pomieszane (patrz str. 109), gdyż zajęte części mogą tak niekształtnie obrzmieć a towarzysząca wydzielina takie okazywać cuchnienie, że rozpoznanie raka prawie nie ulega wątpliwości, i może się ona nawet nie nasuwać, a tylko wywiady (lecz niezawsze), przebieg i ta okoliczność, że zapalenie błonicowe towarzyszy ostrym chorobom zakaźnym mogą wątpliwości usunąć.

Badanie jest bardzo niedostatecznym, gdy ogranicza się tylko do stwierdzenia istnienia raka, gdyż plan leczenia i los chorej zawi-

słe są od granic zwyrodnienia, które tylko oznaczyć możemy dokładnem oburęcznem badaniem przez pochwę, a następnie i przez odbytnicę, do czego w trudniejszych przypadkach poleca się uspienie chorej. Zależy tu głównie na wybadaniu, czy sklepienia pochwy są wolne, lub w jakim rozmiarze zajęte i czy otaczająca tkanka łączna jest wolną od zwyrodnienia. Ważnem jest szczególnie wybadanie tylnych więzów macicznych i dolnych części więzów szerokich. Niekiedy bardzo trudnem bywa rozstrzygnięcie, czy ustalenie macicy i wyczuwalne nacieki tkanki łącznej pochodzą od sprawy nowotworowej, czy zapalnej, która często towarzyszy rakowi. W danym przypadku o przyrodzie nacieków rozstrzyga umiejscowienie, jakość i przebieg. Jeżeli opór wyczuwalny ogranicza się do trąbek i jajników, lub gdy wybada się jajnik ustalony w nacieku, lub gdy naciek ogranicza się do zatoki Douglasa, to bardzo prawdopodobnie mamy do czynienia ze sprawą zapalną. Jeżeli zaś nacieki znajdujemy rozsiane w kilku ogniskach z boków macicy, lub ułożone cechująco jeden za drugim (różańcowo) w okolicy tylnych więzów macicznych, to niewątpliwie są one przyrody nowotworowej.

Szerzenie się raka w tkance łącznej występuje albo w postaci nieprzerwanej ciągłości nacieku z szyją maciczną, lub w postaci nacieków drobnoguzkowych, ułożonych różańcowato poza sobą, co szczególnie śledzić się daje w tylnych więzadłach macicznych. W celu wybadania grubości nacieków staramy się je ująć pomiędzy palce obu rąk, a jeżeli naciek rakowy znajduje się pomiędzy szyją maciczną a pęcherzem moczowym, to radzą Ruge i Veit badanie cewnikiem od pęcherza, a równocześnie palcem przez szyję maciczną.

Niekiedy samo badanie drobnowidowe, oderwanych lub wyciętych kawałków, może dać wskazówki i co do rozległości zwyrodnienia rakowego. Jeżeli bowiem badanie wykaże gruczołowe utkanie raka, to z góry przypuszczać można szerzenie się jego przez całą grubość szyi.

Z badaniem rozszerzenia się nowotworu i nacieków idzie w parze okoliczność największej wagi, mianowicie ruchomość zupełna lub ograniczona, albo nieruchomość macicy. Badanie oburęczne dać już może zupełne pojęcie o ruchomości lub braku jej. O stopniu jednak ruchomości najlepiej się przekonamy próbami ściągania macicy za pomocą kleszczyków ku dołowi.

W pierwszym moim przypadku, który operowałem, dawała się macica łatwo ściągnąć przed części rodne dwoma palcami, które haczykowato ujęły szyję poza zwyrodniałemi wywiniętami wargami, chociaż opad przedtem nie istniał.

Mała ruchomość macicy, nawet bez wybitnych nacieków w tkance łącznej, sama przez się, nie tylko bywa warunkiem znacznie utrudniającym zabiegi operacyjne, lecz i znacznie pogorsza rokowanie o ich skuteczności.

W przypadkach, w których istnieją wybitne objawy raka a badanie wykazuje część pochwową prawidłową z ujściem wazkiem, przypuszczamy albo raka jamy macicy lub błony śluzowej szyi. Może bowiem istnieć już znaczny rozpad w szyi i utworzyć tamże jamę, gdy zewnątrz wszystko zdaje się być prawidłowem. Wtenczas albo rozszerzamy szyję lub rozcinamy ją na boki, aby dotykaniem i wzrokiem wy badać jej ściany.

Inaczej ma się rzecz z początkowymi okresami raka, których rozróżnienie od spraw dobrotliwych bywa często bardzo trudnem. Ze względu, że sposobność badania rzeczywiście początkowych okresów raka wydarza się rzadko, gdyż w tym okresie nie sprawia on wybitnych dolegliwości, to w wątpliwych przypadkach okoliczność ta przemawiać będzie za dobrotliwością zmian podejrzanych.

W moich protokołach każdym razem, gdy obok zmian znajdujących dopisałem „podejrzane“ wykazywał zawsze dalszy przebieg leczenia, że raka nie było, a w przypadkach, gdy chore okazywały zmiany tylko nieżytowe bez dopisku „podejrzane“, czasem już po kilku miesiącach powracały z niewątpliwem zwyrodnieniem rakowem. Podając ten fakt, nie chciałbym, aby on dał czytelnikowi powód do lekceważenia zmian podejrzanych, lecz aby go powstrzymał od zbyt wczesnego rozpoznania ze szkodą chorych i jego.

Rozważmy teraz, jakie stany chorobowe dolnej części macicy mogą budzić podejrzenie raka?

Nadżerka, która okazuje nieco podejrzane rozstrzępienie utkania, okaże właściwą swą przyrodę zmianami lub brakiem zmian w czasie leczenia. Jeżeli bowiem okaże ona skłonność do pokrywania się przybłonkiem brukowym, co poznajemy po przybieraniu stopniowo od brzegów bladego zabarwienia, właściwego sąsiedniej błonie śluzowej pochwy, to przemawiać to będzie za dobrotliwością zmian, gdy uporczywość trwania pomimo leczenia lub rychłe powracanie po uleczeniu, a co więcej po wycięciu nadżerki, przemawia za jej złośliwością. Również bardzo podejrzaną staje się nadżerka, gdy jej powierzchnia okazuje owrzdodzenie lub odosobnione wybujałości, które łatwo krwawią i odrywają się. W przypadkach owrzdodzenia nawet istnienie pęcherzyków, czyli rozszerzonych wydzielin mieszków gruczołowych na brzegach (*Folliculi*), świadczy o dobrotliwości zmian, gdyż w raku

gruczolowym, zatem powstającym z gruczolaka, wypełnia przestwory gruczolowe bujający przybłonek ich ścian, a nie wstrzymana wydzielina. Również i szerzenie się zmian podejrzanych w równej mierze na przewód szyi macicznej jak i na część pochwową, przemawia raczej za zmianami nieżytowemi (Ruge i Veit). Wyjątek stanowi wywnięcie warg, gdyż tu zachodzą trudności w oznaczeniu, co jest częścią pochwową, a co szyją maciczną. Znaczne wybujałości osadzone na szerokiej podstawie zawsze są rakiem (Schröder). Stratz<sup>1)</sup> podaje jako cechy złośliwości zmian podejrzanych: ostre odgraniczenie od sąsiedztwa, widoczną różnicę poziomu nad części otaczające i lekko żółtawe zabarwienie. Moje doświadczenie jednak tego nie potwierdza.

Przytoczone znamiona dobrotliwości zmian, jakkolwiek są bardzo ważne, to nie są do tego stopnia rozstrzygające, aby mogły stanowczo zaprzeczyć złośliwości, gdy ona z innych objawów jest prawie niewątpliwą.

Najtrudniejszym bywa rozróżnienie początkowych okresów raka błony śluzowej szyi, od zmian pochodzących z długotrwałego nieżytu, gdyż pozornie niczem się one nie różnią. Nawet wtenczas, gdy warstwa podśluzowa jest już zwyrodniała, mogą być marszczki i zagłębienia błony śluzowej zupełnie utrzymane, a dołki, podobne do owrzodzeń, może pokrywać prawidłowy przybłonek szyi.

Guzowate obrzmienia szyi i części pochwovej, pochodzące od niejednostajnego przerostu jej utkania, również pomieszać można z rakiem. Za przerostem przemawia zupełny brak powierzchownego owrzodzenia i prawidłowe, nie sine lub żywo czerwone zabarwienie pokrywającej błony śluzowej, które zwykle, choć nie zawsze, towarzyszy guzkom rakowym. Guzek wyczuwany może także być tylko rozdętym pęcherzykiem, który po nakłuciu opróżnia się. W przypadkach dobrotliwych obrzęków, błona śluzowa szyi, będąca w stanie zaniku i ściśle przylegająca do wypukłości i zagłębień, może badającemu palcowi sprawiać wrażenie rozpadu twardego zwyrodnienia rakowego. Jeżeli wówczas po odchyleniu warg w wzierniku dostrzeżemy, że miejsca te pokrywa nienaruszona, ciemno-czerwona lub biała błona śluzowa, to rak staje się nieprawdopodobnym (Schröder).

W celu rozeznania - niekiedy bardzo znacznego, jednostajnego, przerostu części pochwovej od nacieku rakowego, gdy z jakichś cech nasuwa się podejrzenie, podał Spiegelberg dwa niby cechujące objawy, mianowicie, że błona

<sup>1)</sup> Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XIII.

śluzowa na części pochwowej zwyrodniałej nowotworem jest nieprzesuwalną, a szyja maciczna stawia opór rozszerzeniu zapomocą środków pęczniejących z powodu utraty utkania sprężystego. Jakkolwiek wybitny brak przesuwalności błony śluzowej zawsze będzie budzić podejrzenie raka, to w mniej wybitnych przypadkach jest to objaw tak podmiotowy, że może być przez dwóch badających różnie pojmowany, lub też i przesuwalność może być pozorną na miękkiej części pochwowej, tak jak znowu nieruchomość może towarzyszyć i zmianom dobrotliwym (Ruge i Veit). Co zaś do niepodatności szyi, to dziś jest rzeczą wiadomą, że często szyja rakiem zwyrodniała łatwo daje się rozszerzyć, gdy przerosłe dobrotliwe utkanie może stawiać znaczny opór rozszerzeniu.

Jednostajne znaczne zgrubienie i wydłużenie części pochwowej tem więcej budzi podejrzenia, im mniejszą jest jej zbitość. Hegar podaje taki przypadek przerostu, że część pochwowa sterczała w szparze sromowej, a szybki wzrost, miękkość i wiek chorej, zwrócili uwagę na przyrodę złośliwą.

Z tego co się powiedziało widzimy, że wszystkie objawy przytoczone za i przeciw złośliwości spraw podejrzanych, mogą się okazać zupełnie niedostatecznymi do wyjaśnienia sprawy z niezbitą pewnością. Dlatego też w każdym wątpliwym przypadku uciec się musimy do środków badania, pewniej do celu prowadzących.

O obserwacji dalszego przebiegu i o skuteczności lub bezskuteczności leczenia zmian podejrzanych wspominaliśmy już, a tu dodamy, że jakkolwiek mogą nam one dostarczyć nawet pewnych dowodów, to nie zawsze sposób ten jest bezpiecznym ze względu na stratę cennego czasu i połączoną z nim obawę szczenia się raka. Dlatego też należy uciec się do środka najpewniejszego i najprędzej usuwającego wątpliwości, jakim jest: badanie drobnowidowe kawałka wyciętego, który powinien być ile możności dużym, gdyż ujemne wyniki badania kawałków drobnych nie dowodzą jeszcze braku raka. Wykonywamy to nożykiem, wycinając dość głęboki klin z części chorej.

**Rokowanie.** Z tego co się powyżej powiedziało, mianowicie, że wybitne objawy raka są już objawami wrzodu rakowego i że dlatego chore tak często za późno rady szukają, łatwo pojąć, że rokowanie musi być często bezwzględnie złem, a zawsze wątpliwem. Jeżeli zaś mówimy o rokowaniu wątpliwem, to mamy jeszcze na myśli możebność zupełnego usunięcia części rakiem zajętych zapomocą operacji, a podług Wintera<sup>1)</sup> tylko u 25% chorych znaj-

<sup>1)</sup> *Berliner klin. Wochenschrift* 1891. Nr. 33.

dujemy jeszcze warunki ku temu korzystne. Czem wcześniej zatem chore szukać będą pomocy, czem lepiej będziemy umieli rozpoznawać wczesne okresy raka, tem lepiej będziemy mogli rokować o uleczeniu zupełnem, jakkolwiek wobec samej przyrody raka ta pewność nasza zawsze pozostanie względna, i zawisłą od postaci, w jakiej nowotwór występuje. Najlepiej bowiem rokować będziemy w ograniczonym rakowcu części pochwowej, znacznie gorzej w guzku raka właściwego, gdyż tu gruczoły wcześniej bywają zajęte, a prawie najgorzej w rakowcu błony śluzowej szyi, gdyż tu nigdy nie mamy pewności, czy niema już gniazd w otaczającej tkance łącznej.

**Leczenie.** Co się tyczy leczenia zapobiegawczego, to może ono polegać tylko na usuwaniu zmian chorobowych, o których przypuszczamy że bywają przyczyną raka, mianowicie niezytu błony śluzowej szyi i nadżerek części pochwowej, polecając chorym, aby przez dłuższy czas po uleczeniu nie usuwały się z pod kontroli lekarskiej. Ze względu, że po uleczeniu nadżerki, pozostają odsznurowane w błonie śluzowej mieszki gruczołowe, które bywają źródłem wytworzenia się raka, zalecałoby się w każdym przypadku nadżerki brodawkowej wycięcie jej sposobem Schrödera (patrz str. 232).

Jeżeli istnienie raka zostało już stwierdzonem, to wówczas, stósonownie do danych warunków, polega leczenie albo na doszczętnem usunięciu zwyrodnienia lub na usuwaniu przypadków.

**Leczenie doszczętne.** Przez doszczętne leczenie raka pojmujemy tylko leczenie zapomocą rękoczynów, gdyż dotychczas jak przeciw rakowi w ogóle, tak i przeciw rakowi macicy nie istnieje żaden inny środek, a uleczenia podawane przed kilkunastu laty za pomocą środków wewnętrznych jak: *Condurango* i *Terebinthina de Chios*, polegać mogły tylko na fałszywych rozpoznaniach, gdyż środkiem tym nie można przypisywać jakiegokolwiek wpływu na raka. Doszczętne leczenie polega zatem albo na odcięciu dolnej części macicy lub na wycięciu całej macicy, a ewentualnie i części dodatkowych, jakoteż i części pochwy rakiem zajętej.

Pierwszym i najważniejszym warunkiem usunięcia części schożzałej lub całej macicy, z widokami uleczenia trwałego, jest możebność operowania w częściach zupełnie zdrowych. Przeciwwskazaniem do operowania będzie zatem znaczne rozszerzenie się nowotworu na pochwę lub tkankę łączną okołomaciczną, gdyż tu nie tylko rokowanie co do uleczenia musi być złem, ale i sama operacya zbyt trudną i niebezpieczną.

## Odjęcie rakiem zwyrodniałej części pochwowej.

W przypadkach rakowca części pochwowej, o którym wiemy, że ma tylko małą dążność do szerzenia się na błonę śluzową szyi, można osiągnąć zupełne uleczenie przez odjęcie części pochwowej, które stósownie do rozszerzenia zwyrodnienia wykonywamy albo poniżej sklepień (*Amputatio infravaginalis*), lub wśród sklepień (*Amputatio alta*), lub wreszcie powyżej sklepień (*Amputatio supravaginalis*).

Odjęcie poniżej sklepień można wykonać albo cięciami prostopadłymi do osi szyi, ile możliwości najdalej od granicy zwyrodnienia, lub lejkwato sposobem Hegara (str. 289) lub sposobem Schrödera (str. 166), rozcinając szyję na boki i odcinając każdą wargę z osobna. C. Braun używał w tych przypadkach do amputacji części pochwowej pętli galwanokaustycznej z bardzo pomyslnym skutkiem.



Fig. 110.

Po amputacji zaleca się nie zeszywać rany, lecz, w celu powstrzymania krwotoków i zniszczenia możebnych wypustek rakowych, przyżęgać ją rozpalonem żelazem lub termokauterem. Szybkie zabliznienie się rany bywa objawem zdrowej powierzchni odjęcia, gdy opóźnienie w zabliznieniu bywa złego znaczenia.

Cięcia do *Amputatio port. vag. infravaginalis*. (o. i. orif. intern).

W przypadkach, w których zwyrodnienie przechodzi z części pochwowej na sąsiednią błonę śluzową sklepienia, wykonywamy nadpochwowe odjęcie szyi w sposób następujący: błonę śluzową sklepień przecinamy cięciem okrężnem naokoło części pochwowej, tak, aby cięcie wypadło przynajmniej w oddaleniu jednego cm. od części sklepienia rakiem zajętej, poczem tępo palcem odpreparowując część pochwową od otoczenia natrafimy z boków na opór, który stawiają postronki zawierające gałązki tętnicy macicznej lub sam pień tętnicy. Po okłuciu, podwiązaniu i przecięciu (na wewnątrz od podwiązki) tętnic obu stron, odpreparowujemy szyję i z boków w całej prawie długości i odcinamy ją ile możliwości wysoko, albo w całości (Fig. 111.) lub z osobna każdą z warg sposobem Schrödera, (po całkowitem rozcięciu szyi na boki); następnie zeszywamy brzegi pochwy z błoną śluzową pozostałej części szyi, tak, że uczyniwszy to z przodu i z tyłu kilku szwami, mamy ranę amputacyjną, pokrytą błoną śluzową pochwy.



Opisaną co dopiero metodą operować można, jak już wspomnieliśmy, w przypadkach rakowca samej części pochwowej lub w wielkim rozmiarze szerzącego się i na pochwę, w tem przekonaniu, że

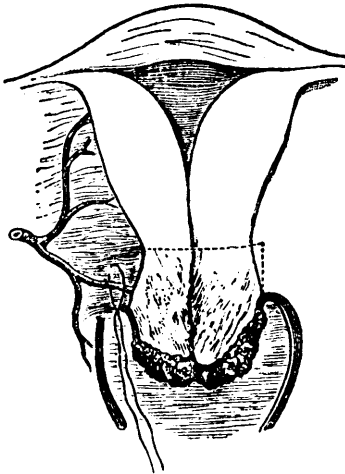


Fig. 111.

Cięcia i podwiązania do *Amputatio cervicis supravaginalis*.

zwyrodnienie ani drogą ciągłości, ani drogą przerzutu nie przeszło na ciało macicy. Schröder, który w tych przypadkach zawsze tylko amputację wykonywał, miał 9·5% śmiertelności, a z reszty chorych 47% niby radykalnie uleczonych, gdyż po 2 latach nie okazywały recydywy. Jeżeli doliczymy do 105 przypadków Schrödera, zestawionych przez Hofmeiera, 221 przypadków innych operatorów zestawionych przez Pozzi'ego, to śmiertelność po tej operacji podniesie się na 11·5%.

Wobec wykształcenia metody całkowitego wycięcia macicy, zmniejszyła się i śmiertelność po niej, tak, że wcale nie przewyższa cyfry śmiertelności po wysokiej amputacji szyi, a rezultaty pojedynczych operatorów wykazują nawet śmiertelność o wiele mniejszą niż tej operacji. Jeżeli uwzględnimy większą pewność usunięcia wszystkiego co zwyrodniałe przez całkowite wycięcie macicy i przypadki, w których nawet w razach ograniczonego schorzenia części pochwowej, znajdowano zwyrodnienie ciała lub błony śluzowej macicy lub jajników, to nie będzie nas dziwić, że bardzo przeważna większość operatorów hołduje wyłącznie metodzie wycięcia całej macicy w każdym przypadku raka, w którym operacja ta jest możebną, a częściowe odjęcie ogranicza do przypadków koniecznych jak n. p. znacznego powiększenia ciała macicy obrzękiem patologicznym, nie rakowym lub ciąży, które czynią całkowite wycięcie przez pochwę niemożebnem.

### Całkowite wycięcie macicy. *Hysterectomia*.

Całkowite wycięcie macicy, lub, w miarę potrzeby, i części dodatkowych, wykonać można czterema drogami, a mianowicie: 1. od

jamy brzusznej po wykonaniu cięcia brzuszego (*Laparohysterectomia*), 2. przez pochwę (*Colpohysterectomia*), 3. drogą utworzoną przez częściowe wycięcie kości krzyżowej (*Hysterectomia parasacralis*), 4. utworzeniem drogi przez międzykrocze (*H. perinealis*).

**Wycięcie brzuszne.** *Laparohysterectomia*. Pierwszy miał go wykonać Andrzej Crucé w roku 1560. W roku 1810 rozpisana Wiedeńska akademia Józefińska nagrodę konkursową za pracę na ten temat, którą w 15 lat później przyznano Gutberletowi. K. M. Langenbeck pierwszy w roku 1825 operował sposobem przez Gutberleta podanym i stracił chorą na zapalenie otrzewny, a późniejsze niekorzystne próby były przyczyną, że operację tę zupełnie zarzucono. Dopiero w roku 1878, gdy metoda przeciwna Listrowska tak znacznie polepszyła wyniki wszystkich operacji, podjął na nowo brzuszne wycięcie macicy W. A. Freund<sup>1)</sup> sposobem dokładnie obmyślanym i wypróbowanym na zwłokach.

Operację tę, którą nazywamy operacją Freunda, wykonywa się w sposób następujący: chora leży głową zwróconą do okna i nieco niżej górną częścią ciała (stół Trendelenburga). Po dokładnem odrażeniu miejsca rakiem zajętego przez przyżeganie zgęszczonym kwasem karbolowym, wykonywa się cięcie brzuszne, poczynając na 3 palce poniżej pępka, aż do samego spojenia kości łonowych, przyczem skórę i na spojeniu się przecina, aby ranę w dolnej części ile możności uczynić szeroką. Jeżeli mięśnie proste brzucha nie są dostatecznie wiotkie, przecina się i ich ścięgniste uciepienie do kości łonowych. Po otworzeniu jamy brzusznej, wszystkie pętle jelitowo, zalegające małą miednicę, usuwa się ku górze, a ciało macicy ujmuje się kleszczykami Museux'a lub Freunda i pociąga w górę, aby jej boczne umocowania napięły się, poczem przystępujemy do podwiązania ich.

Każde z więzadeł szerokich podwiązuje się w trzech pęczkach, z których pierwszy obejmuje część od trąbki do więzu jajnikowego, drugi od tego więzu do więzu okrągłego, a trzeci od tego ostatniego do sklepienia pochwy i przez nie (Fig. 112). Tę ostatnią podwiązkę, której założenie jest najtrudniejszym, najdogodniej założyć trokarową igłą Freunda, starając się, aby miejsca wklucia i wykłucia w sklepieniu jak najbliżej siebie leżały, gdyż inaczej zaciśnie-

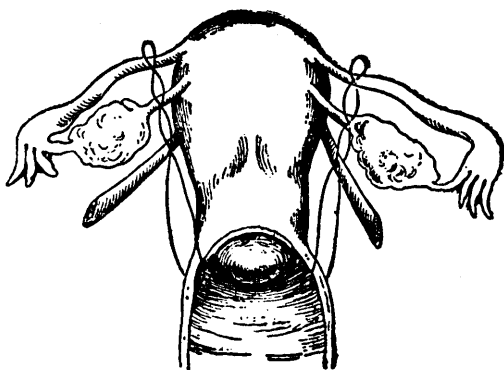


Fig. 112.

Założenie podwiązek w operacji Freunda.

<sup>1)</sup> *Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus. Volkmann Samml. klin. Vortr. Nr. 133.*

nie naczyń tu przebiegających, niebyłoby pewnem z powodu ujętego grubszego kawałka błony śluzowej.

Jeżeli razem z macicą mamy odjąć trąbki i jajniki, co zawsze jest pożądanem, to zamiast dwóch górnych podwiązek, można założyć tylko jedną na zewnętrznej trąbki i jajnika.

Po obustronnem podwiązaniu przystępujemy do obcięcia sklepień. Naprzód przecinamy z wolnej ręki, cięciem poprzecznym, otrzewną zatoki pęcherzowo-maciczej na wysokości ujścia wewnętrznego, odłączamy pęcherz moczowy od macicy i przecinamy sklepienie przodkowe, a następnie tylne, poczem przecinamy więzy szerokie przy krawędzi macicy i uwalniamy ją od reszty połączeń, a naczynia strzykające podwiązujemy osobno.

Przez wielki otwór utworzony w pochwie wyprowadza się nitki i otwór ten zamyka się szwami, które ujmują otrzewną i ścianę pochwy z przodu ku tyłowi.

Operacja Freunda, po której sobie początkowo bardzo wiele obiecywano, całkiem tych nadziei nie ziszcila, gdyż wyniki jej okazały, że ona jest jedną z najmniejbezpiecznych operacji, a śmiertelność wynosiła początkowo 63—74%. Z chorych zaś, które ją przetrwały, zmarły wszystkie na recydywę. Skaleczenia pęcherza i moczowodów wydarzały się i najlepszym operatorom. Z tego się okazuje, że operacja ta, może być usprawiedliwioną tylko w warunkach wyjątkowych, o których później będzie mowa. Mimo to zasługa Freunda jest bardzo wielką, gdyż dał on pochop do skutecznych usiłowań całkowitego usunięcia zwyrodniałej rakiem macicy.

Sama operacja Freunda jest trudną do wykonania a konieczność często długotrwałego umieszczenia kieszek na zewnątrz, czyli wypatroszenia, długie trwanie operacji, niemożebność dokładnego odrażenia pochwy, a w końcu i krwotok czasem trudny do opanowania, składają się na złe wyniki. Dlatego silono się na ulepszenia, które niezaprzeczenie osiągnęły swój cel, lecz w mniejszym stopniu, jak się tego, ze względu na śmiertelność spodziewano.

Celem lepszego odrażenia pochwy usuwano poprzednio masy rakowe przez wyskrobanie ich. Bardenheuer drenował jamę otrzewną przez pochwę i osiągnął tym sposobem wyjątkowo dobre wyniki, gdyż na 12 operacji 9 uleceń = 75%. W celu wypchania macicy w górę, co ułatwia operację, używali Freund, Spiegelberg i Hegar kolpeuryntera napelnionego wodą. Kocks dolną czyli 3-cią podwiązkę zakładał dopiero po odłączeniu połączeń macicy z pęcherzem i odbytnicą. Niezawodnie największego znaczenia w tej operacji jest kombinacja wycięcia brzuszego z pochwowem, podana przez Rydygiera, który najpierw poleca cięciem okrężnem okroić sklepienia pochwowe, oddzielić tępo macicę od pęcherza i odbytnicy, a potem dopiero przystąpić do wycięcia macicy przez laparotomię. Przez to można macicę bardzo wyciągnąć w górę i znacznie ułatwić i przyspieszyć operację, gdyż ani pęcherza odłączać już nie trzeba, ani przecinać sklepień w sposób o wiele trudniejszy.

**Wycięcie macicy przez pochwę, Colpohysterectomy.** Operacja ta daje nieporównanie lepsze wyniki niż poprzednia i dlatego ją zupełnie wyrugowała. Nie jest ona całkiem nową, gdyż dawniej już

była próbowaną, lecz podobnie jak wycięcie macicy sposobem Gutberleta z powodu złych wyników została zupełnie zarzuconą.

Rydygier<sup>1)</sup> zwrócił uwagę na dzieło Carpusa traktujące o anatomii a wydane w roku 1535, w którym istnieje wzmianka, że już ojciec Carpusa, a później i on sam w Bononii wyciął macię przez pochwę i to z dobrym skutkiem, a w końcu wykonał tę operację i bratanek jego w roku 1520 „*in caetu doctorum et multorum scholasticorum*“. Ci, którzy później pierwsi jej próbowali jak K. M. Langenbeck w roku 1813 (na macicy wypadniętej), a Sauter w Konstancyi 1822 (na macicy w prawidłowym położeniu będącej), pojmowali anatomicznie tę operację, całkiem inaczej jak dziś ją pojmujemy. Usiłowali oni bowiem wyłuszczyć w całości macię z jej powłoki otrzewnowej, czyli uczynić operację pozaotrzewnową, co niemożliwym jest do uskutecznienia, bez przedarcia otrzewny lub bez pozostawienia znacznej części ciała macicy. Sauter jednak przypadkowo wszedł już na drogę, którą dziś postępujemy, gdyż nie mogąc wyłuszczenia dokonać, przeciął otrzewną zatoki przodkowej, następnie trąbki i więzy szerokie, poczem palcami wyciągnął dno macicy ku pochwie i uwolnił ją od reszty połączeń ze skutkiem pomyślnym. Równie szczęśliwie operował Blundell w roku 1828 a Recamier w r. 1829 użył metody jeszcze dokładniejszej, gdyż okłwał i podwiązywał poprzednio części boczne dolne, zawierające tętnice maciczne.

W formie zupełnie ulepszonej i doskonale obmyślanej, która nie przypadkowi nie pozostawia, wyszła dopiero operacja ta z rąk Czernego r. 1879, a następnie Billrotha i Schedego. Dlatego też wycięcie macicy przez pochwę nazywamy operacją Sautera-Czernego lub Czernego-Billrotha.

Warunkiem najkorzystniejszym dla operacji jest dostateczna ruchomość macicy, która nie tylko ułatwia ją w wysokim stopniu, lecz zarazem dowodzi braku nacieków w otoczeniu macicy, których istnienie jest stanowczym przeciwwskazaniem do jej wykonania. Operować bowiem można wszystko, lecz operację bez widoków jako tako trwałego skutku, słusznie piętnuje Fritsch nazwą „nieludzkiego sportu operacyjnego“.

Przygotowanie do operacji polega przedewszystkiem na dokładnym odrażeniu pochwy, szyi i jamy macicy. Jeżeli zatem istnieją częściowo posoczące wybujałości rakowe, to najlepiej je poprzednio odskrobać i poodcinać, a owrzodzenia dokładnie przypalić termokauterem, poczem należy wytamponować pochwę gazą jodoformową, którą przez 2—3 dni codzień zmieniamy po przestrzykaniu pochwy 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> roztworem sublimatu, przyczem ważnem jest aby w czasie wstrzy-

<sup>1)</sup> Przegląd Lekarski 1890. Nr. 45.

kiwania wycierać pochwę 2-ma palcami w celu odrażenia wszystkich fałdów. Na 24 godzin przed operacją powinna chora dostać dostateczną porcję oleju rycynowego, a po stolcach należy jeszcze wypłukać odbytnicę letnią wodą. Chora, po zupełnem uspieniu, należy zesunąć pośladkami na sam brzeg stołu, w ułożeniu grzbietowo-pośladkowym, z użyciem trzymadeł kolanowych. Następnie należy srom ogolić, zmyć dokładnie roztworem 1<sup>o</sup>/<sub>100</sub> sublimatu, a po wyjęciu z pochwy gazy jodoformowej, wymyć ją jeszcze tym roztworem.

Jeżeli wejście do pochwy jest bardzo wąskim, to poleca się przecięcie miedzykrocza przez środek, a gdy i sama pochwa jest za wąską, można przeciąć i błonę śluzową tylnej ściany, aż do sklepienia tylnego.

Odsłonięcie pola operacyjnego uskuteczniamy łyżką Simona, która odchyła tylną ścianę pochwy, poczem chwytamy część pochwową kleszczykami Museux'a i ściągamy macicę ku dołowi. W czem większym stopniu da się to uskutecznić, tem łatwiejszą jest cała operacja, gdyż można wykonać ją prawie przed częściami rodnymi. Jeżeli zaś macica nie da się dostatecznie ściągnąć, to wówczas potrzeba zupełnie rozewrzeć pochwę płaską łyżką odchylającą i przodkową ścianę i jedną lub dwiema dźwigniami bocznymi, poczem przystępujemy do pierwszego aktu operacji, t. j. do okrojania sklepień cięciem okrężnem, oddalonym na 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> — 2 cm. od granicy części zwyrodniałych. Jeżeli cała grubość błony śluzowej została przeciętą, na co bardzo należy zważać, wówczas wysuwamy łyżki wzorników i ściągając część pochwową ku dołowi, zaczynamy w sposób tępy pogłębiać palcem cięcie naprzód z przodu, postępując w tkance łącznej tutaj najcieńszej pomiędzy szyją macicy a pęcherzem i trzymając się bliżej pierwszej, oddzielamy w górę i o ile się da na boki. Tu wypada wspomnieć, że trzymając się zbyt ściśle szyi macicznej, możemy łatwo zamiast dostać się do fałdu otrzewny zatoki maciczo-pęcherzowej, torować palcem fałszywą drogę pod otrzewną macicy. Następnie pogłęwiamy szeroko cięcie tylnego sklepienia i rozdzielając tkankę łączną, dostajemy się łatwo do otrzewny zatoki Douglasa, którą na obie strony rozcinamy, poczem niewysuwając z niej palca obejmujemy nim od tyłu ku przodowi dolną część więzu szerokiego zawierającą naczynia i zapomocą nawleczonej igły Dechamps'a okłuwamy cały ten pęczek od pochwy (Fig. 113) a po silnem związaniu przecinamy go nożyczkami na wewnątrz od podwiązki.

Wykonawszy to samo i po drugiej stronie, wsuwamy znów palec w zatokę Douglasa i z niej około szyi macicznej dostajemy się ku przodowi do przodkowej zatoki, w której na palcu otrzewną łatwo otworzyć możemy. Teraz zatem mamy macicę uwolnioną od dolnych umocowań i od tej chwili możemy postępować w trojaki sposób j. t. albo podwiązywanie więzów szerokich uskutecznić w właściwym położeniu macicy „*in situ*“, lub akt ten ułatwić sobie przewróceniem macicy ku tyłowi i wydobyciem dna przez otwór sklepienia tylnego, lub zwiększeniem nagięcia macicy przez otwór sklepienia przodkowego.

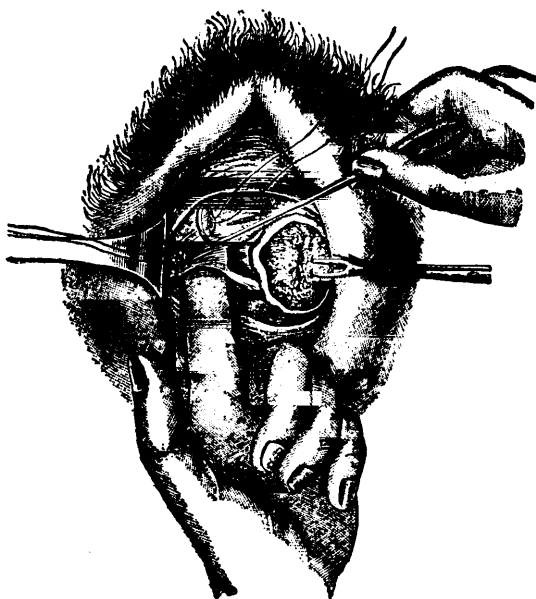


Fig. 113.

Okłucie tętnic macicznych przy operacji całkowitego wycięcia macicy przez pochwę.

Olshausen i Billroth pierwsi, a za nimi Leopold, Schröder i Hofmeier polecają ściągać ku dołowi, uwolnioną z dolnych połączeń, macicę, przyczem pojedyncze poręce więzu szerokiego po jednej stronie okłuwamy nawleczoną igłą Dechamps'a, i podwiązujemy i przecinamy tuż przy macicy, dopóki całego więzadła razem

z trąbką, więzem jajnikowym i okrągłym nie oddzielimy. Wówczas macica, tylko na drugim więzie szerokim wisząca, znajduje się już cała w pochwie i w ten sam sposób uwolniona z połączeń drugiej strony zostaje odjęta. Aby w czasie podwiązywań zapobiedz możliwemu wysuwaniu się jelit z zatoki Douglasa, poleca się wsunąć w nią albo aseptyczną gąbkę na nitce lub tampon z gazy jodoformowej lub aseptycznej.

Najwięcej zwolenników ma dotychczas sposób operowania przez wydobywanie dna macicy otworem zatoki Douglasa, a przechylenie jej ku tyłowi i wyciągnięcie daje się w większej części przypadków uskutecznić samym palcem lub zapomocą kleszczyków Museuxa, któremi dno macicy pociągamy. A. Martin używa ku temu celowi grubej mocno zagiętej sondy, którą wsunawszy w jamę macicy, uskutecznia odgięcie jej, a wysłiznięcie się dna przez otwór tylnego sklepienia ułatwia wązką łyżką wsuniętą wysoko w zatokę Douglasa. Niemożna temu zaprzeczyć, że wydobywanie dna macicy ku pochwie operację ułatwia i tem samem skraca jej trwanie, lecz w razie powiększonej macicy niekiedy z wielką tylko trudnością daje się uskutecznić. Dlatego też Müller woli i w przypadkach znacznie powiększonej macicy operować bez przewracania jej, a ułatwia sobie podwiązania w ten sposób, że macicę przepoławia wzdłuż nożykiem i nożyczkami, a krwawieniu zapobiega uciskając ręką część przepoławioną. Czerny a za nim Fritsch są zwolennikami wydobywania macicy przez otwór przodkowego sklepienia, gdyż przy tem postępowaniu więzy szerokie niedoznają takiego skręcenia jak przy poprzednim a położenie wzajemne narządów nie w takim stopniu się zmienia.

Mało znaczące modyfikacje w operowaniu odnoszą się jeszcze do tego, co pierwiej zrobić, czy odłączenie szyi macicznej w obwodzie a potem dopiero przecięcie tylnego sklepienia, czy też tylne sklepienie naprzód otworzyć, czy przodkowe. Na szczególną jednak uwagę zasługują ważniejsze poprawki. A. Martin podnosi i to całkiem słusznie jako bardzo ważny warunek, ile możności operowanie bezkrwawe. Dlatego też każde cięcie w pochwie czyli cały brzeg pochwy obszywa razem z otrzewną 6 — 7 szwami, które wszelkiemu krwawieniu tamę kładą. Za nim poszedł i Pozzi.

Richelot<sup>1)</sup> osiągnął znaczne bardzo ułatwienie i przyspieszenie operacji przez ujęcie „*en masse*“ zapomocą długich i mocnych

<sup>1)</sup> *Union. médicale* 1836.

kleszczyków całego więzadła szerokiego, które obcina po wewnętrznej stronie kleszczy i nie podwiązuje lecz pozostawia kleszcze przez 24 — 48 godzin „*Pincés à demeure*“. Sposób ten zyskał wielu zwolenników nawet takich, którzy za daleko poszli i wszelkie podwiązki zastępują kleszczykami tak, jak n. p. Landau<sup>1)</sup>, który 15—20 kleszczyków zostawia w pochwie, Müller<sup>2)</sup> i Pernice<sup>3)</sup> którzy są bezwzględnyimi zwolennikami tej metody. Jakkolwiek wyniki takiego postępowania okazały się o wiele lepszymi jakby to teoretycznie sądzić można, to niepowinno się żadną miarą w tym kierunku iść za daleko i ograniczyć użycie tego sposobu do konieczności, zatem do przypadków znacznego krwotoku, w którym naczynia krwawiącego osobno podwiązać nie można, lub, jak słusznie podnosi H. Schramm<sup>4)</sup>, gdy stan chorej przy długo trwającej operacji wymaga szybkiego jej zakończenia, gdyż (jak się tego Schwartz obawia) kleszcze mogą wywierać ucisk na jelito lub skaleczyć albo ująć całkowicie moczowód, a co najważniejsza, że pęczek niemi ujęty może się wysunąć i powstać następowy krwotok. W końcu i opatrunkowi aseptycznemu nie czyni się w takim stopniu zadość, jak to ma miejsce przy użyciu podwiązek.

Z zupełnem odjęciem macicy dla przeważnej części operatorów rękoczyn jest ukończonym i nie troszczą się o dalsze losy wielkiego pozostałego w pochwie otworu, lecz po prostu długie końce nitek od podwiązek ściągają nieco i wsuwają wysoko gazę jodoformową, którą ściśle pochwę tamponują, przez co tworzą wielkim otworem rodzaj włosowatego drenu. Wyniki nie są gorsze niż po innym postępowaniu, czas zaś operowania, u chorych często znacznie wyczerpanych, w ten sposób znacznie się skraca. Inni jednak nie patrzą tak obojętnie na otwór w pochwie, a co więcej na dużą powierzchnię огоłoconą z tkanki łącznej, która powiększa się znacznie przez dążność ścian pochwy, do obsuwania się ku dołowi. W pozostawiony wielki otwór może także łatwo wsunąć się albo ściana jelita lub pęcherz moczowy i przeszkadzać dokładnemu zaciąganiu się rany i zagojeniu się jej. Dlatego też A. Martin zwięża otwór bocznymi szwami, a w wolny środek wprowadza grubą dren. Schröder i Hofmeier zamykają otwór trzema szwami, z których dwa boczne przeprowadzają przez przed-

<sup>1)</sup> *Berl. kl. Wochenschrift* 1888. Nr. 10. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1887. Nr. 12. — <sup>3)</sup> *Deutsche med. Wochenschrift* 1889. — <sup>4)</sup> *Przegląd Lekarski* 1886. Nr. 37.



kowy brzeg pochwy i przez ściągniętą w pochwę resztę więzu szerokiego, oraz przez tylny brzeg pochwy, a środek zamykają jednym szwem, obejmującym oba brzegi pochwy i obie blaszki otrzewny. Olshausen<sup>1)</sup> i Kaltenbach przemawiają za zupełnem zapuszczeniem podwiązanych części więzadeł i za zeszyciem otrzewny i brzegów pochwy katgutem.

Jednako dobre wyniki każdej z podanych modyfikacji dowodnie świadczą, że nie tyle im przypada zasługi, ile najściślejшему postępowaniu bezgnilnemu.

Z wydarzeń, które mogą zamącić prawidłowy tok operacji, najważniejszymi są: krwotoki, przedarcie pęcherza moczowego i wypadanie jelit przez otwór sklepienia tylnego. Krwotok z przeciętych niepodwiązanych poprzednio części, lub skutkiem zesunięcia się podwiązki, może być bardzo znacznym i wymagać dokładnego jak najszerszego odsłonięcia zapomocą łyżek i dźwigni, rychłego schwyceńia kleszczykami albo naczynia krwawiącego, lub całego pęczka tkanki i podwiązania lub okłucia go. Przedarcie pęcherza moczowego palcem lub przecięcie nożem wydarzyło się i najlepszym operatorom, a niebezpieczeństwo jest tem większem, im niepodatniejszym i szerszem jest jego połączenie z szyją macicy, które wynosi od 1 — 5 cm. (A. Martin). Dlatego w przypadkach zbyt tęgiego połączenia, nie należy się bardzo upierać przy wyłącznie tępem rozdzielaniu palcem tylko, lecz napinające się twardsze postronki lepiej przecinać nożyczkami. Nie do uniknięcia prawie jest przedarcie pęcherza w przypadkach, gdy zwyrodnienie rakowe szerzy się ku przodowi na tkanek łączną i dlatego też powinno ono stanowić przeciwwskazanie do operacji. Jeżeli przedarcie pęcherza nastąpiło, powinno się je zaraz zeszyć ile możności gęsto założonymi szwami. Wypadaniu jelit przeszkadzamy tamponem (patrz str. 396), który po ukończeniu operacji, ostrożnie za nitkę po palcu wyciągamy.

Największego jednak znaczenia, gdyż najczęściej nie do naprawienia, jest skaleczenie nożykiem lub kleszczykami, a co gorsze jeszcze podwiązanie jednego lub obu moczowodów. Skaleczenie, w razie wyzdrowienia, kończy się przetoką moczowodowo-pochwową, gdy podwiązanie kończy się śmiercią skutkiem mocznicy. Aby uniknąć tego groźnego wydarzenia, zaleca się trzymanie się w odłączaniu i podwiązaniu z przodu bliżej części pochwowej, niż pęcherza a na-

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XXXIX.

stępnie bardzo ważnem jest wykonać dopiero wówczas przewrócenie macicy, gdy szyja aż do jej górnej granicy dokładnie od swego otoczenia odłączoną została.

Dla uniknięcia skałeczenia lub podwiązania moczowodów, operował Pawlik<sup>1)</sup> w trzech przypadkach wsunawszy od pęcherza moczowego cewniki w oba moczowody.

Leczenie następowe jest bardzo proste. Chora powinna w pierwszym tygodniu spokojnie leżeć i żywić się płynnymi pokarmami. Zazwyczaj istnieje niemożebność oddania moczu i to najczęściej skutkiem wytamponowania pochwy. Najlepiej zatem mocz odprowadzać 2 — 3 razy dziennie zapomocą miękkiego cewnika Nelatona, utrzymanego ściśle aseptycznie, w 1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> roztworze sublimatu, aby nie wywołać dolegliwego nieżyty pęcherza.

Jeżeli operowano z pozostawieniem kleszczyków w pochwie, to odejmujemy je w 36 — 48 godzin po operacji, wysuwając je, po otworzeniu, ostrożnie lekkimi obrotowymi ruchami.

Pierwszą tamponadę pochwy pozostawiamy 8 — 10 dni, poczem, przesiąkniętą dość obfitą wydzieliną, powoli wyciągamy i zastępujemy świeżą. Prób pociągania za pojedyncze podwiązki, celem usunięcia ich, nie należy ani zbyt wczesnie wykonywać, ani też nigdy pociągać mocno, pamiętając o tem, że nitki pochodzące od podwizań grubych pęczków, zazwyczaj dopiero w 4-tym tygodniu dadzą się łatwo oderwać i to często z posoczącą podwiązaną częścią. Posoczenie to objawia się też cuchnącemi odchodami i wtenczas zaleca się przepłukiwania pochwy 2% wodą karbolową. Po całkiem prawidłowym przebiegu mogą chore w końcu 3-go tygodnia zacząć wstawać.

Przyczyny śmierci po operacji. Wycieńczenie i zapad mogą już pojawić się w czasie operacji lub tuż po niej, szczególnie u chorych już i tak wycieńczonych, które przez operację dużo krwi utraciły. Wydarza się to rzadziej po nagłem krwawieniu z jakiegoś większego naczynia, niż skutkiem ciągłego krwawienia z naczyń drobnych przez cały długi czas trwania operacji. Dlatego zaleca się jak największą staranność w podwiązywaniu i okłuwaniu części krwawiących. Późniejszy zaś krwotok polega na zesunięciu się podwiązki lub wysunięciu się naczyń z kleszczyków i zmusza do dokładnego szukania jego źródła.

<sup>1)</sup> *Internationale klin. Rundschau* 1889.

Posocznica i posokowe zapalenie otrzewny, powstaje albo skutkiem błędu w postępowaniu bezgnilnym i przeciwgnilnym, lub pochodzić może od zakażenia posoczącami podwiązaniem częściami, lub ujętymi w kleszczyki.

Mocznica, pochodzi najczęściej z podwiązania moczowodów, lecz i bez tego bywa ona przyczyną śmierci, jeżeli nerki doznały poprzednio zmian znacznych przez ucisk wywierany, zwyrodnieniem rakowem na moczowody. Pozzi twierdzi że długie chloroformowanie bywa przyczyną przekrwienia występującego w nerkach, już i tak chorych, i że się przyczynia do ustania ich czynności.

Śmiertelność po wycięciu macicy już z samego początku, gdy w opisany sposób zaczęto operować, okazała się w stósunku do ciężkiego zabiegu operacyjnego, uderzająco małą, i tej okoliczności należy przypisać szybkie rozpowszechnienie się tej operacji, jak również i częste nadużywanie jej w przypadkach, w których niema żadnych widoków na jako tako trwałe uleczenie, mianowicie, gdy wychodzi się z tej fałszywej zasady, że chora nie ma nic do stracenia, a wszystko do zyskania.

Co się tyczy cyfry śmiertelności, to ta o wiele gorzej się przedstawia, jeżeli zbierzemy jak największą ilość przypadków wogóle operowanych, bez względu na to kto operował i w jakich warunkach. W ten sposób zestawione przypadki przez Mundé'go<sup>1)</sup> i Hache'a<sup>2)</sup> sięgające po rok 1887, wykazują 28% śmiertelności a Albertin'a<sup>3)</sup> 21%. Wykazy te jednak, już i tak przedawnione, nie mogą nam w żaden sposób dać wyobrażenia o tem, jakimi wyniki tej operacji być powinny. Z zestawienia F. Martina<sup>4)</sup> obejmującego 311 przypadków wybitnych operatorów niemieckich, okazuje się przypadków śmierci 47 = 15%, a z wykazu Hofmeiera, obejmującego 336 operacji, 37 przypadków śmierci = 11%. Jak w miarę wprawy operującego zmniejsza się śmiertelność, dowodzi sprawozdanie Münchmeyera<sup>5)</sup> o 110 przypadkach operowanych przez Leopolda z 5·5% śmiertelności; w ostatnich 52 przypadkach z rządu, wszystkie operowane wyzdrowiały. Kaltenbach z 52 operowanych stracił tylko 2 = 4%.

Nierównie gorzej od bezpośrednich wyników, to jest wyzdrowienia po operacji, przedstawia się sprawa trwałego czyli rady-

<sup>1)</sup> *Americ. Gyn. assoc.* 1884. <sup>2)</sup> *Revue des sciences méd.* 1887. <sup>3)</sup> *Province méd.* 1888. <sup>4)</sup> *Amer. journ. of obstetr.* 1887. <sup>5)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XXXVI,

kalnego uleczenia, gdyż już istota raka czyli przyczyna dla której się operuje, nasuwa z góry w niektórych przypadkach pewność, a w innych możebność recydywy, lub istnienie utajonego przerzutu. Jeżeli przyjmiemy niezupełnie słuszną zasadę, że chore, które przez 2 lata po operacji są wolne od recydywy, uważamy za uleczone z raka, to podług Münchmeyera z 80ciu chorych Leopolda, należałoby 27 uważać za uleczone, czyli 33%. Zestawienie Tannena<sup>1)</sup> z kliniki Wrocławskiej, dowodnie jednak wykazuje, że z każdym rokiem ilość operowanych pozostałych przy życiu zmniejsza się, a z 74 chorych Schrödera po latach 4-ch już żadnej nie było bez recydywy. Jak wiadomo jednak, Schröder był zwolennikiem i twórcą amputacji części pochwowej, a całkowite wycięcie macicy, wykonywał tylko w przypadkach, gdy odjęcie samej części pochwowej lub całej szyi macicznej, nie mogło całkowicie usunąć zwyrodnienia. Przypadki zatem jego z góry już prognostycznie należały do złych, i tej okoliczności przypisać należy tak złe wyniki co do trwałego uleczenia, a nie wyższości amputacji nad doszczętnem wycięciem całej macicy, jak to chce udowodnić Hofmeyer.

Dopóki zatem czujność chorych i lekarzy domowych będzie tak jak dotychczas uspioną, to rokowanie co do trwałego uleczenia raka macicy, nie może się polepszyć, a jedyna nadzieja lepszej przyszłości polega na możebności operowania w początkowych okresach raka, a nie na możebności operowania w każdym przypadku, choćby nawet z mistrzowskim zwalczaniem trudności. Czem więcej bowiem ogranicza się wskazania do operacji, do przypadków ściśle na samą macicę ograniczonych, i czem dokładniej w tym celu bada się i to najlepiej w narkozie, tem mniej przypadków operuje się bez widoków uleczenia, a tem trwalszymi będą wyniki w przypadkach operowanych.

Recydywy najczęściej pojawiają się w pierwszym roku po operacji a w szczególnie złośliwych formach, mianowicie u kobiet młodszych, mogą już i w kilka miesięcy się pojawić, a nawet tak bezpośrednio, że może wcale nie istnieć czas tak zwanego względnego uleczenia. Wydarzają się one albo w samej bliźnie, lub też na podstawie więzu szerokiego lub w pozostałych częściach więzów maciczno-krzyżowych, lub w innej części małej miednicy, jako obrzmienia bolesne za dotykaniem i cechujące się bólami w nogach i krzy-

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. XXXVII.

zach. Z przerzutów godnych wzmianki podaję przypadek, w którym u chorej operowanej wspólnie z kol. Ziembickim z powodu guzka rakowego części pochwowej, pojawił się w 6 miesięcy rak osierdzia.

**Wycięcie macicy cięciem międzykroczo-*wem.* *Extirpatio uteri vel Hysterectomia perinealis.*** Operację tę pierwszy wykonał Frommel<sup>1)</sup> na podstawie, poprzednio przez Zuckerkandla<sup>2)</sup> dokonanych prób na zwłokach. Rozpoczął on ją od pochwy cięciem sklepień, i oddzieleniem szyi, poczem wykonał przez międzykrocze pomiędzy obu guzami siedzeniowymi, cięcie poprzeczne łukowate, zwrócone wypukłością do sromu i rozdzielał tępo ścianę pochwy od odbytnicy aż do zatoki Douglasa, a powstała w ten sposób jama miała być tak wielką, że wygodnie pięść mieściła. Po przecięciu otrzewny, nie tylko można było wyczuć, lecz najdokładniej oglądać całą macię i części dodatkowe, i dokonać podwiązania i przecięć pod kontrolą wzroku. Ranę pomiędzy pochwą a odbytnicą wypełnił Frommel gazą jodoformową, a w 14 dni zamknął ją szwem (*Secundärnaht*). Operacja ta, która jest trudniejszą do wykonania, niż wycięcie przez pochwę, ma być wówczas wskazaną, gdy zależy na usunięciu zwyrodniałego sąsiedztwa macicy. Ponieważ jednak w ogóle w tych przypadkach żadna operacja nie jest wskazaną, zatem i sposób podany, mógłby mieć jedynie przyszłość z innych wskazań, mianowicie w celu odjęcia obrzęków zamacicznych, otworzenia ropni, obrzęków trąbek, lub krwisteku zamacicznego.

Drugi sposób, również podany przez Zuckerkandla<sup>3)</sup> a wykonany i zmodyfikowany przez Wöflera<sup>4)</sup>, polega na cięciu poczynającym się na 1—2 cm. na lewo (Zuckerkandl) lub na prawo (Wöfler) od środka połączenia kości ogonowej z krzyżową, i schodzącym z małą wklęsłością ku zewnątrz (odpowiadającą guzowi kości siedzeniowej) aż na 2—3 cm. poniżej wędzidełka warg sromowych. Pogłębiając cięcie, dostajemy się do *fossa ischio-rectalis*, a po przecięciu uciepienia mięśnia *glutaeus maximus*, wycina Wöfler kość ogonową, gdy Zuckerkandl tego nie czyni tylko ogranicza się na przecięciu więzów siedzeniowo-krzyżowych, następnie przecina *m. levator ani*, oddziela odbytnicę od pochwy, a po przecięciu sklepień pochwowych, wykonywa podwiązania więzadeł i wycięcie macicy, a następnie zeszywa otrzewnę i ranę pochwy drenuje.

**Wycięcie macicy przez częściowe wycięcie kości krzyżowej. *Hysterectomia parasacralis.***

Opierając się na anatomicznych próbach Herzfelda, pierwszy Kraske<sup>5)</sup> tą drogą operował raka odbytnicy, a Hochenegg<sup>6)</sup> pierwszy wykonał wycięcie macicy z powodu raka, i dlatego uchodzi ona pod nazwą metody Kraske'go-Hochenegga a słusznie Herzfelda-Hochenegga.

1) *Münchener med. Woch.* 1889. — 2) *Wiener med. Woch.* 1888. i 1889, oraz *Wiener med. Presse* 1889. — 3) *Wiener kl. Wochenschr.* 1880. — 4) Tamże. 1889. — 5) *Verhandlungen des 14 Congresses der deutschen Ges. der Chir.* 1885. — 6) *Wiener lin. Wochenschrift* 1887 i 1889.

W ułożeniu chorej boczno-brzusznem prawem, prowadzi się cięcie, wzdłuż *crista sacralis media* aż do końca kości ogonowej, poczem oddziela się skórę, i odcina uczipienia *m. glutaei*, przecina się *lig. sacro-tuberosa* i *spinosa* tuż przy kości, uwalnia z połączeń kość ogonową, następnie przepiłowuje się kość krzyżową pomiędzy 3 a 4 otworem krzyżowym, i odciętą kość odejmuje. Po przecięciu *fascia praevertebralis* i usunięciu odbytницы, wypełnionej gazą jodoformową, na prawo, przecina się otrzewną i dostaje się do zatoki Douglasa. Teraz po ściągnięciu macicy ku dołowi, można ją i części dodatkowe widzieć w całości i wygodnie podwiązywać podwójnie i przecinać pojedyncze części więzów szerokich, a w miarę tego macica tak staje się ruchomą, że daje się na zewnątrz wyciągnąć. Po poprzecznem nacięciu otrzewny zatoki pęcherzowo-macicznej, oddzielamy pęcherz od szyi, podwiązujemy obustronnie tętnice maciczne, poczem przecinamy tylne sklepienie, obcinamy stąd do koła sklepienia nożyczkami, i w ten sposób uwalniamy macicę od reszty połączeń. Wytworzony ubytek kości krzyżowej, tamponujemy gazą jodoformową, nad którą skórę w większej części zeszywamy.

Pierwszy za Hocheneggem poszedł Hegar<sup>1)</sup>, i wykonał do roku 1889, tę operację 7 razy, z powodu raka i ropni zamacicznych, a przytem zmodyfikował ją w ten sposób, że wykonywa resekcyję kości osteoplastyczną. Cięcie ma kształt litery „V“ którego szczyt przypada na koniec kości ogonowej, a końce ramion na 3 cm. poniżej i na wewnątrz *spin. oss. ilei post. infer.* tak, że płat skóry ograniczony temi cięciami, pozostaje w ścisłym związku z kością krzyżową. Po oddzieleniu połączeń z boków kości krzyżowej i ogonowej, oddziela tępo odbytnicę, i podsuniętą piłką łańcuszkową przepiłowuje kość krzyżową do okostnej tylko, poczem odchyła ją ku górze, a po skończonej operacyi jamę tamponuje, i kość krzyżową znowu umieszcza w właściwem położeniu. Beck<sup>2)</sup> podnosi w tej metodzie, niemożebność podwiązania i skaleczenia moczowodów, i wielką łatwość podwiązywania więzów i naczyń. Wiedow<sup>3)</sup> który podobnie operował, podaje, że część kości krzyżowej przeszła w nekrozę.

Opisana operacya, może być wskazaną z powodu raka macicznego w przypadkach, gdy wycięcie przez pochwę jest utrudnionem znaczną wąskością pochwy, lub wielkością macicy.

<sup>1)</sup> v. Beck *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XVIII. 1890. — <sup>2)</sup> Tamże. —

<sup>3)</sup> *Berl. klin. Wochenschr.* 1889.

**Leczenie objawowe.** Do leczenia wyłącznie objawowego ograniczyć się musimy wówczas, gdy rozszerzenie raka jest tego rodzaju, że doszczętne wycięcie części zwyrodniałych albo jest zupełnie niemożliwym, lub operacja nie przedstawia żadnych widoków trwalszego uleczenia.

Główne objawy przeciw którym występujemy są: krwotoki, obfite cuchnące odchody i bóle.

Najznaczniejsze krwotoki występują w formach raka połączonych ze znacznem bujaniem nowotworu. Najskuteczniejsze zatem leczenie polega na dokładnem ile możności, usunięciu wybujałości, za pomocą ostrych łyżeczek Simona, któremi doszczętnie zeskrobujemy wszystkie wybujałości aż do ich twardej podstawy, w kaźden zaułek i ciasniejsze miejsce wsuwając po palcu wążką łyżeczkę, aby na pewno usunąć wszystko co sterczy nad powierzchnię i co w dotyku jest miękkim. W ten sposób stwarzamy czasem wielką jamę, której ściany ku stronie pęcherza, odbytnicy lub otrzewny, mogą być znacznie ścieńczone i wymagać ostrożności, aby narządów tych nie skaleczyć.

Teraz zależy na tem, aby twarde dno rakowe ile możności jak najgłębiej zniszczyć, ku czemu służą żegadła termiczne i chemiczne, które można i kombinować ze sobą. Po wyskrobaniu zatem, całą powierzchnię, po jak najszerszem odsłonięciu, przyżegamy dokładnie kulką termokauteru, lub żelazami rozpalonemi. W prywatnej praktyce jest wygodniejszym termokauter, i mniej na chorych robi wrażenia, lecz za to pokrywa się częściami częściowo spalonemi, które trzeba potem w zupełności spalać, aby znów kulki móżd użyć. Dlatego w klinikach i szpitalach najwygodniej wykonać przypalenie kilkoma żelazami o stósownem zakończeniu, które się ciągle ma rozpalone w zapasie, a które nie tak szybko stygną w zetknięciu z tkanekami, zatem i głębiej działają. Od zbytecznego rozgrzania kauczukowego wziernika lub łyżek, chroni od czasu do czasu puszczonej prąd zimnej wody. Aby chłodzeniem nie przerywać operacji przyżegania, podał Mathieu wziernik o podwójnych ścianach, pomiędzy któremi krąży zimna woda. Tak jak ze skrobaniem, podobnie i z przyżeganiem, należy być ostrożnym w miejscach znacznie ścieńczonych, ze względu na otrzewną, pęcherz i odbytnicę.

Po zupełnem oddzieleniu się strupa, powierzchnia wyskrobana i przyżegana, pokrywa się czasem w całości, zdrową ziarniną, która może się nawet zabliznić. Sprawie tej, staramy się ile możności do-

pomódz, użyciem żegadeł chemicznych, w postaci płynnej, w których zamoczone pęczki waty wsuwamy w jamę powstałą po wyskrobaniu, i przyciskamy do ścian, dopóki jej ściśle nie wypełnimy, chroniąc wziernikiem ściany pochwy od działania tych środków, a następnie ściśle wypełniamy pochwę suchą watą. W tym celu, tyle zachwalany przez Routh'a i Wynn Williams'a, a gorliwie przez Schrödera polecany 20% wyskokowy roztwór bromu, nie okazał się tak skutecznym, a może do zarzucenia go w większej części przyczyniło się i szkodliwe działanie dymów bromowych na narządy oddechowe operującego. Pochwę chronimy od działania tego środka pęczkami waty, zamoczonymi w roztworze sody. Potas żrący (*Kali causticum*) nie da się tu zastosować, z powodu rozpylania się i niedającego się ograniczyć działania. To samo niebezpieczeństwo dziei z nim w wielkiej części podany przez Simsa i Van de Warkera roztwór Chlorku cynku 30—50%. Ehlers<sup>1)</sup> podaje, że w 4-ch przypadkach Löhleina tylko raz działanie tego środka było w miejscu właściwym, z powodu trudności ograniczenia go, a Olshausen stanowczo przestrzega przed użyciem chlorku cynku. W przeciwieństwie z tem zapatrywaniem, podaje Fränkel<sup>2)</sup> 6 przypadków zupełnego uleczenia raka tym środkiem, co należałoby przypisać własności w wysokim stopniu osuszania tkanek, z którymi się chlorek cynku styka i suchej głęboko sięgającej nekrozie. Pozzi jest również zwolennikiem 10% roztworu chlorku cynku, a pochwę zabezpiecza tamponami zamoczonymi w roztworze sody, i pozostawia przez 24 godzin. Strup wywołany tym środkiem oddziela się dopiero po 10 dniach.

Fritsch<sup>3)</sup> bardzo zaleca suchy opatrunek po wyskrobaniu i przyżeganiu, albo tamponowaniem gazą jodoformową, lub obfitem wysypywaniem na powierzchnię rakową proszku, składającego się z jodoformu i tanniny, który wsuwa za pomocą stósownego lejka szklanego, i powtarza to 2 razy na tydzień. Prócz usuwania cuchnienia, nie mogą jednak innych korzyści temu sposobowi przypisać.

A. Martin po wyskrobaniu wybujałości rakowych nie używa żadnego żegadła, lecz podstawę wrzodu zeszywa szwami przeprowadzonymi albo pod całą powierzchnię lub obwodowo, celem zmniej-

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* Tom XVI. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1888. Nr. 37. —

<sup>3)</sup> *Volkmann Samml. klin. Vorträge* 288.



szczenia rany, i podaje korzystne wyniki a nawet rychłozrost. W celu uniknięcia znaczniejszego krwotoku, okłuwa on i podwiązuje przed skrobaniem tętnice maciczne.

Jak długo polepszenie trwać będzie po wyskrobaniu i przyżeganiu, to zależy od wielu warunków j. t. od dokładności wykonania, większej lub mniejszej skłonności do bujania, a wreszcie i warunków w jakich chora się znajduje, gdyż u chorych, które zaraz muszą się oddawać pracy, nie następuje to pokrzepienie sił, jakie dostrzedz można u odpoczywających i żywiących się dobrze, i dlatego też i recydywa, a raczej powrót usuniętych objawów, następuje wcześniej. Wówczas świeżo narosłe bujania, znowu w ten sam sposób można usunąć, jeżeli jeszcze istnieją warunki potemu. Polepszenie jednak trwać może i kilka miesięcy, a nawet do roku (Gusserow), a w przypadku Ma durowicza (o którym udzielił mi wiadomości), nie nastąpiła wcale recydywa, co tłumaczmy sobie zanikiem komórek rakowych pod działaniem wytworzonej silnej tkanki bliznowatej.

Przeciwwskazania do wyskrobania stanowią: niewrzodzące guzy rakowe, (gdyż tu skrobaniem i przyżeganiem przyspieszylibyśmy tylko to, co najdłużej odwlec chcemy t. j. owrzodzenie), oraz nacieki w ścianie pęcherza moczowego. W takich przypadkach krwotoki należy powstrzymywać wstrzykiwaniami wody lodowej czystej lub z dodaniem półtorachloru żelazawego, lub waniem do wziernika czystego *lig. ferri sesquichlor.* i pozostawienie działaniu przez kilkanaście minut, lub wreszcie wstrzykiwaniami gorącymi do 40° R. z użyciem kilku litrów wody i ścisłą tamponadą pochwy zapomocą gazy jodoformowej, a w przypadkach cięższych można powstrzymać krwotoki obustronnem podwiązaniem tętnic macicznych, jeżeli to nie jest zbyt utrudnionem rozszerzeniem zwyrodnienia. Bau m-gärtner<sup>1)</sup> podaje, że po podwiązaniu tętnic macicznych ustają krwotoki i posoczenie, a w jednym przypadku nastąpić miało uleczenie przez wsteczne przeobrażenie raka t. j. przez stłuszczenie i wessanie. Z w e i f e l<sup>2)</sup> przeciw odchodom posokowym bardzo zachwala tamponowanie jamy rakowej pęczkami waty, zmoczanymi w zgęszczonym wyskokowym roztworze kwasu salicylowego. W celu powstrzymania wzrostu i szerzenia się zwyrodnienia, zachwala W e r n i t z<sup>3)</sup> użycie prądu stałego od 100 — 200 M. A. jako środka kojącego bóle,

<sup>1)</sup> *Verh. des Zweiten Kongresses f. Gyn.* Leipzig 1888. — <sup>2)</sup> l. c. str. 271. — <sup>3)</sup> *Med. Obozrenie* 1890.

zmniejszającego wydzielinę, i opóźniającego rozpad (?), a Schramm<sup>1)</sup> wstrzykiwania miąższowe rozczywnu sublimatu. Mosetig używa w tym samym celu rozczywnu Pyoctaninu 1:5000, który wstrzykuje w części nowotworu, a Kliegl<sup>2)</sup> w jednym przypadku przez Chrobaka Mosetigowi do leczenia oddanym podaje, że twarde utkanie rakowe rozmiękło i roztopiło się do resztek ledwo wybadać się dających.

Przeciw cuchnącym odchodom w późnych okresach raka, gdy wyskrobania i wypalenia użyć już nie można, poleca się jak najczęstsze przepłukiwania środkami odwanianymi, n. p. *kali hypermangan.* i pomazywanie sromu wazeliną lub lanoliną, celem uniknięcia żrącego działania wydzielin i wyprysku.

Bóle bywają tym objawem, który w rozpaczliwych przypadkach najwięcej sprawia dolegliwości chorej, a trudu lekarzowi. Nierzadko po wyskrobaniu raka i bóle na dłuższy czas ustępują, a najczęściej wydarza się to wówczas, gdy wybujałości rakowe przeszkadzały odpływowi wydzielin z macicy. Przeciw bólom zawsze uciec się musimy do makowca i morfiny. Pamiętać jednak należy, że każda chora na raka musi w końcu stać się morfinistką. Dlatego szafowanie morfiną powinno być tak ostrożnem, aby działanie jej wystarczyło do końca. Bóle uśmierzone, bardzo często powracają po każdorazowym stolecu, szczególnie wówczas, gdy nacieki rakowe zacieśniają odbytnicę. Dlatego też chore obawiając się tego, odwlekają ile możności chwile wypróżnienia. Zadaniem zatem leczenia powinno być, ułatwienie wypróżnień obfitemi lewatywami lub środkami łagodnie czyszczącymi.

Również zwrócić należy uwagę na ilość oddawanego w ciągu 24 godzin moczu i kontrolować, czy nie nastąpi znaczne i nagłe zmniejszenie się, aby w danym razie pobudzać wydzielinę szczawami alkalicznymi i środkami moczopędnymi.

Przeciw wymiotom podajemy lód, lody, szampan, pącz mrożony, zimną czarną kawę, zimne mleko w małych dawkach, krople laurowe z kokainą, lub w końcu jedną kroplę nalewki jodowej w wodzie osłodzonej, której działanie w wielu przypadkach bywa doskonałem. Jeżeli zaś wymioty pochodzą z obrzydzenia skutkiem cuchnących odchodów, poleca Gusserow przykrycie chorych płótnem gutaperkowym, a lepiej jeszcze batystem Billrotha, sięgającym aż do klatki piersiowej.

<sup>1)</sup> *Verh. der Dresdener Ges. f. Gyn. Centralbl. f. Gyn.* 1888. — <sup>2)</sup> Tamże 1892. Nr. 10.

Bardzo trudną jest sprawa żywienia chorych, gdyż tracą one już wcześniej apetyt, a często mają nieprzewyciężony wstręt do pokarmów. W wielu przypadkach uda się dobrze żywienie, jeżeli poleci się chorym picie mleka z początku po dwie łyżki co  $\frac{1}{2}$  godziny, a potem dawkę zwiększając naprzemian z innymi łatwo strawnymi pokarmami.

Przeciw szybkiemu upadkowi sił i charłactwu rakowemu, należy ile możności zalecać, aby chore nie leżały stale, lecz używały nieco ruchu, przebywały dużo w świeżem powietrzu i często odświeżały mieszkanie, gdyż to jeszcze najlepiej wpływa na apetyt.

W końcu należy jeszcze dodać, jak się mamy zachować w przypadkach, gdy mamy do czynienia z rakiem macicy ciężarnej. W początkowych miesiącach ciąży należy wykonać wycięcie macicy ciężarnej, które, pomimo jej powiększenia, bywa ułatwionem wielką podatnością utkania. Jeżeli macica ma już objętość zbyt wielką, gdy np. ciąża dobiega 4-go miesiąca księżycowego, wówczas wskazanem jest wzniecenie poronienia i wykonanie albo bezpośrednio po niem wycięcia macicy, lub gdy jest za wielką, dopiero po dostatecznem zwinięciu się jej, jakkolwiek operacja bezpośrednia jest bezpieczniejszą. Jeżeli zaś istnieje ograniczony rakowiec części pochwowej, a ciąża miesiąc późniejszy, wówczas można wykonać odjęcie części pochwowej, które jednak zwykle kończy się poronieniem lub przedwczesnym porodem. W przypadkach raka zaniedbanego t. j. znacznie rozszerzonego, poleca się czekanie końca ciąży i wykonanie cięcia cesarskiego.

#### **Rak ciała macicy. Carcinoma corporis uteri.**

Pierwotny rak ciała macicy jest cierpieniem rzadkiem. Jak często pojawia się on w stósunku do raka szyi macicznej, nie da się ściśle oznaczyć, a odnośne podania wykazują bardzo znaczne różnice, ile że często znajdujemy w nich mięsaki pomieszane z rakiem. Szukits podaje na 420 raków macicy 1 raka ciała, Willigk 54:1, Schatz 40:1, Gusserow 16:1, a Schröder z własnych 812 przypadków raka oznacza ten stósunek na 29:1.

**Przyczyny.** O przyczynach raka ciała macicy nie wiele więcej powiedzieć możemy niż o przyczynach raka dolnej części macicy, lecz tu dają się spostrzedz pewne wybitne różnice.

Rak ciała macicy jest chorobą znacznie późniejszego wieku, gdyż podług Rugego i Veita 65·7% chorych wykazuje wiek wyżej lat 50, a podług Hofmeiera przeciętny wiek chorych wynosi 54·5 lat.

Miesiączkowanie u wielu chorych, które później zapadły na raka zazwyczaj dopiero późno ustaje. Według Rugego i Veita 40% chorych ustało miesiączkować dopiero w 50 roku życia, co możnaby odnieść do istnienia już bodźców, które później stają się przyczyną raka.

Ilość przebytych porodów niema takiego znaczenia, jak dla raka szyi, a nawet przeciwnie cyfra chorych, które nie rodziły jest uderzająco wielką, gdyż wynosi 54·8%, gdy tam tylko 5—12%. Wyjątek stanowią jedynie 3 przypadki Chiari'ego (patrz str. 373), w których rak ciała macicy powstał bezpośrednio po porodzie.

Bardzo ważną i bezpośrednią rolę niż w raku części pochwowej, odgrywają sprawy zapalne błony śluzowej jamy macicy, która wielką okazuje skłonność do bujania gruczołowego, mogącego przybrać cechę złośliwą. Littauer<sup>1)</sup> podnosi jako przyczynę raka jamy macicy, istnienie pierwotnego raka jajników, co obserwował w 2-ch przypadkach z kliniki Sängera.

**Anatomia patologiczna.** Pierwotny rak ciała macicy jest zawsze rakiem błony śluzowej i na niej pojawia się albo jako zwyrodnienie rozlane, lub jako ograniczony obrzęk tworzący narośle uklejowe.

W formie rozlanej, która zdaje się być częstsza, cała błona śluzowa okazuje zwyrodnienie, w którym dostrzedz można promieniste szerzenie się z pewnego punktu środkowego (Fig. 114). Granicą szerzenia się ku dołowi, przez dłuższy czas, bywa ujście wewnętrzne, które jednak zwykle w późniejszym przebiegu bywa przekroczonem. Ściany macicy znacznie grubieją i przerastają, a ścieńczenie ich wydarza się tylko wobec bardzo szybkiego szerzenia się. Jama macicy pomimo powiększenia ciała, staje się mniejszą z powodu zacieśnienia przez nowotwór, który znowu rychło ulegając rozpadowi, może wytworzyć wielką jamę.

Forma ograniczonego bujania czyli forma uklejowa okazuje obrzęk



Fig. 114.

Rozlany rak jamy macicy.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1891. Nr. 3.

ograniczony, szeroko osadzony, o gładkiej, równej lub rozpadowej już powierzchni, sterczący w jamę macicy, wśród względnie zdrowej błony śluzowej (Fig. 115). Szerzenie się nie postępuje tu w powierzchni lecz w głąb, t. zn. w mięszs macicy, ku otrzewnie. Nie zawsze

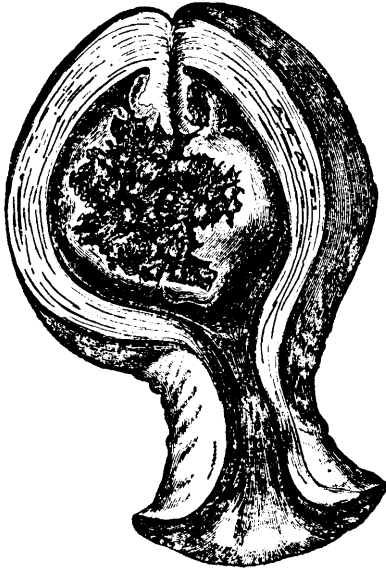


Fig. 115.

Ograniczony rak jamy macicy.

Drobnowidowo, rak ciała macicy jest zawsze rakiem gruczołowym i okazuje także dwie wybitne postacie. Jedna występuje w zupełnym rozwoju jako *C. alveolare*, w którym pasma komórek rakowych ściśle przy sobie ułożone, rozdzielone bardzo skąpym podścieliskiem, rozgałęziają się i znowu łączą ze sobą. W drugiej postaci przeważa bardzo silnie rozwinięte nowotwórstwo gruczołowe. Gruczołowe wypustki tworzą tu silnie powikłane kłębki rurek gruczołowych. Lecz nie ten bujny rozrost jest wybitną cechą złośliwości, gdyż i w rozdziale o nieżycie poznaliśmy gruczołową formę, która się cechuje nadzwyczajnym bujaniem. Cechującymi więc objawami złośliwego bujania gruczołowego jest ułożenie przerosłych rurek gruczołowych tuż przy sobie,

jednak istnieje możliwość badania tego równoczesnego bujania nad powierzchnię i w głąb, gdyż narodził taka ma wielką skłonność do rozpadu, a wówczas znajdujemy wrzód rakowy w związku z guzkiem rakowym w ścianie macicy, który fałszywie pojmujemy jako zwyrodnienie pierwotne. Ruge i Veit<sup>1)</sup> nie widzieli nigdy guzka w prawdziwym znaczeniu przersutowego w ścianie macicy, gdyż zawsze znajdowali nieprzerwaną ciągłość utkania rakowego pomiędzy nim a zwyrodnieniem błony śluzowej. Zatem pierwotny rak ściany macicy nie istnieje, a w jedynym wiarogodnym przypadku Kloba sam autor wyraża wątpliwość, czy nie powstał ze zwyrodnienia małego włókniaka.

<sup>1)</sup> l. c. str. 375.

bez pośrednictwa tkanki łącznej i pojawienie się wewnątrz rurek, w miejsce jednowarstwowego przybłonka migawkowego, przybłonka wielowarstwowego, który, w miarę stopnia rozwoju, tworzy albo tylko wypustki w przewód gruczołu lub też całkowicie go wypełnia, tak, że światło gruczołów całkiem ginie (Fig. 116).

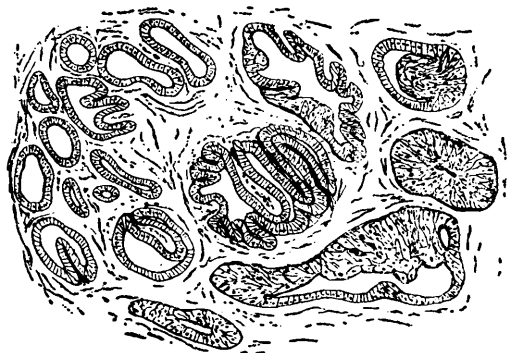


Fig. 116.

Przejście gruczolaka (*Adenoma*) w raka błony śluzowej jamy macicy.

Formę przejściową, gdy bujanie gruczołowe nie posiada jeszcze wybitnych cech raka, lecz pokręcone kłębkowato gruczoły przylegające do siebie bez pośrednictwa tkanki łącznej, nazwano gruczolakiem złośliwym (*Adenoma malignum*) a nazwę tę pierwotnie wzięto raczej z innych cech złośliwych, mianowicie ze skłonności do powrotów po wyskrobaniu, jak z cech mikroskopowych. Dlatego też Leopold i Zweifel nazwę tę, jako przyczyniającą się tylko do zamieszania pojęć o raku, zupełnie zarzucają.

Wczesna skłonność do rozpadu jest przyczyną, że rak ciała macicy nie tworzy nigdy wielkich mas nowotworowych. Co się tyczy szerzenia się, to zachodzi tu ta znaczna różnica od raka szyi, że dopiero bardzo późno przechodzi on na tkankę łączną okołomaciczną, a na błonę śluzową szyi szerzy się albo przez ciągłość, lub przez stykanie się (*Contactinfection*).

Fischer<sup>1)</sup> przytacza przypadek pojawienia się guzków rakowych na tylnej ścianie pochwy i w okolicy cewki moczowej, tej samej budowy co rak istniejący na błonie śluzowej macicy i pojmując te przerzuty, jako powstałe przez zaszczepienie odpływającymi częściami raka (*Impfmetastasen*).

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXI. 1891.

Gruczoły zaotrzewnowe i lędźwiowe bywają wcześniej zajęte. Przez ścianę macicy zwyrodnienie dosięga otrzewny i wyjątkowo, sterząc w jej jamę, może sprawić zapalenie z zejściem śmiertelnem. Schröder zaprzecza tej możebności, twierdząc, że zawsze tworzy się chroniące zlepne zapalenie. W późniejszym przebiegu może rak szerzyć się na pęcherz i odbytnicę, trąbki, jajniki i kiszki. Podług Littauera<sup>1)</sup> w 15% przypadków znajdujemy i raka jajników przez ciągłość lub przerzutowo powstałego.

Przerzuty wytworzyć się mogą we wszystkich narządach, tak, że nawet pochwa zdaje się być ich częstą siedzibą.

**Objawy i przebieg.** Krwotoki i krwawienia bywają objawem najwcześniejszym, a w wolnym od krwawień czasie pojawia się często odpływ cieczy wodnisto-krwawej, nie cuchnącej. Przyczynowo różnią się te krwotoki tem od krwotoków towarzyszących rakowi szyi, że znacznie, co do czasu, wyprzedzają rozpad utkania, zatem nie są jak tamte objawem rozpadu, i mogą być dopiero objawem zmian prowadzących do raka, a nie nowotworu już istniejącego. Dlatego też i cuchnące odchody nie przyłączają się zaraz do krwotoków i długo może ich całkiem nie być, a gdy cuchnienie już się pojawia, to nie bywa tak znacznem jak w przypadkach raka szyi macicznej, gdyż przez długi czas zwyrodniałe ściany macicy przylegają do siebie, zatem rozpad następuje bez przystępu powietrza. Dopiero gdy powstanie już większa rozpadowa jama, z której zatrzymywana treść nagle skurczami ścian się wypróżnia, cuchnienie wydzielinę staje się bardzo znacznem.

Bóle pojawiają się wcześniej i często w bardzo cechujący sposób, na co zwrócił uwagę Simpson, przypisując im znaczenie prawie patognomiczne. Są to napady tak gwałtownych bólów kurczowych macicy, że chore krzyczą, poczem następuje znowu przerwa i bóle rodzajem ataków powracają. Ponieważ bóle te ustają po wyskrobaniu części rakowych, zatem mamy dowód, że pochodzą one z usiłowań macicy pozbycia się swej treści, podobnie jak wobec innych nowotworów sterzących w jamę. I rzeczywiście skutkiem tych skurczów wypróżnia się albo treść płynna, lub część utkania, która zalegała ujście, bywa oddzieloną. Czasem jednak bóle te pojawiają się dopiero późno, gdy okres krwotoków już minął. Prócz tych bólów

<sup>1)</sup> l. c. str. 409.

istnieją i inne, pochodzące z szerzenia się raka na utkanie macicy i z ograniczonych zapaleń otrzewny.

Upadek sił i rozwój charłactwa rakowego następuje później, gdyż i przebieg jest powolniejszym i skuteczniej daje się powstrzymać leczeniem. Dlatego też średni czas trwania choroby jest dłuższy niż przy raku dolnej części macicy, jeżeli go nie skrócą ostre zapalenia otrzewny i przerzuty. W 24 przypadkach Pichot'a tylko 4 razy trwanie choroby było krótszem niż rok, a 4 razy dłuższem jak 4 lata, średnie zaś trwanie 31 miesięcy. Ruge i Veit obliczają je na 2 lata.

**Rozpoznanie.** Jednostajne powiększenie macicy i towarzyszące krwawienia często nasuwają rozpoznanie włóknaka macicy. Jeżeli do objawów tych przyłączą się posokowe odchody, to może być jeszcze mowa o włóknaku posoczącym. Lecz posoczenie, chociaż zawsze zwraca wybitnie uwagę na złośliwość cierpienia, może, jak wiadomo, pojawić się dopiero w późniejszym przebiegu raka ciała macicy. Cechujące zaś bóle, występujące napadowo, mogą potwierdzać przypuszczenie włóknaka podśluzowego. Bardzo podejrzanym objawem bywa dopiero wybitna sprężystość macicy, przypominająca krwistek maciczny (*Haematometra*) a prawie niewątpliwym objawem, gdy na poprzednio gładkiej powierzchni macicy wystąpią guzkowate, miękkie i wybitnie bolesne wyniosłości.

Powiększona macica bywa wyraźnie ruchomą, gdyż najczęściej brakuje nacieków w tkance łącznej, a część pochwową znajdujemy prawidłowej długości i zbitości z ujściem zamkniętem, lub też górna część szyi bywa znacznie rozszerzoną wypychanemi masami rakowemi, które palcem wyczuć możemy. Wreszcie szyja może być stale rozwartą z powodu rakowego nacieku jej ścian.

Sondowanie macicy może nasuwać myśl o raku, gdy w przypadkach powiększonej macicy znajdujemy znaczne zmniejszenie jej jamy.

Lecz gdybyśmy z tych objawów mieli rozpoznać raka jamy macicy, nie byłoby rozpoznanie nigdy ani wczesnem ani też pewnem. Krwotoki bowiem zmuszają nas już wczesnie do rozwarcia szyi macicznej i wykonania, za pomocą łyżeczki, próby skrobienia błony śluzowej, która dostarczy nam, w razie raka, większych lub mniejszych kawałków, celem badania mikroskopowego, lub też, co pewniej jeszcze, rozwarcie szyi doprowadzamy do tego stopnia, że zwyrodnienie błony śluzowej bezpośrednio palcem wyczuwamy. Badanie może być



w końcu bardzo utrudnionem, gdy zlepy z sąsiednimi narządami i wypociny, całkiem niedozwalają wybadania zarysów macicy.

**Rokowanie** ze względu na trwanie i na przebieg cierpienia jest lepszem niż w raku dolnej części macicy i zdaje się być lepszem ze względu na uleczenie przez całkowite wycięcie macicy, jeżeli rozpoznanie było wczesnem.

**Leczenie** polega na jak najwcześniejszem wycięciu przez pochwę całej macicy i jajników, lub, stósownie do danych warunków, na odjęciu ciała lub całej macicy od jamy brzusznej (str. 391). Wykonanie operacyi bywa wprawdzie ułatwionem zdrową częścią pochwową i ruchomością macicy, lecz z drugiej strony może być bardzo utrudnionem znacznem powiększeniem ciała macicy, tak, że gdy ono dosięga wielkości ciężarnej macicy w 4-tym miesiącu, to o wycięciu pochwowem mowy być nie może. Czy wówczas sposób operowania przez wycięcie kości krzyżowej byłby jeszcze możebnym, na to brak stósownych doświadczeń. W takim zatem przypadku pozostaje do wycięcia macicy tylko droga od jamy brzusznej. Aby jednak uniknąć tyle niebezpiecznej operacyi Freunda, ograniczono ją tylko do przypadków, gdy rak rozszerzył się już i na szyję maciczną. W każdym zaś innym przypadku nie wycina się całej macicy, lecz wykonywa się amputację nadpochwową ciała macicy w sposób opisany na str. 351, a następnie po wycięciu błony śluzowej szyi, pozostały kikut obszywa się w sposób znany. Podług Schrödera, który na 28 chorych w ten sposób operowanych utracił 14 na bezpośrednie skutki operacyi, przyczyna złego wyniku leży w konieczności wydobycia odciętego ciała przez jamę brzuszną i w zakażeniu otrzewny.

Jeżeli, z powodu zmian następowych w narządach sąsiednich, nie może być mowy o wycięciu macicy, to pozostaje leczenie objawowe, które tu znowu jest o wiele wdzięczniejszem, niż w raku szyi macicy.

Krwotoki, odpływ cuchnący i dotkliwe bóle, ustępują na długi czas po dokładnem opróżnieniu jamy macicy przez wyskrobanie. Niebezpieczeństwo polega na możebności przebicia ściany macicy, jak to się wydarzyło Spiegelbergowi łyżeczką, a A. Marsowi<sup>1)</sup> rozszerzadłem Hegarowskiem. Po wyskrobaniu można stósować na powierzchnię nalewkę jodową, wyskokowy rozczyń bromu, lub wytamponowanie gazą jodoformową.

<sup>1)</sup> O złośliwym gruczolaku macicy. Kraków. 1892.

Trwanie polepszenia i ustąpienia przypadków jest czasem długim i ma pozory zupełnego uleczenia, nawet przez 1<sup>1</sup>/<sub>2</sub> roku, jak w przypadku Rugego i Veita.

Zaniechać trzeba wykrobienia, gdy znaczniejsze miękkie i bolesne guzki sterczą z powierzchni macicy, która jest już zlepioną z narządami sąsiednimi. Resztę objawów leczy się tak, jak w raku szyi macicznej.

### Mięsak macicy. *Sarcoma uteri.*

**Przyczyny.** Mięsak macicy jest nowotworem rzadkim i dlatego o przyczynach powstania znacznie mniej da się powiedzieć, niż o przyczynach raka.

Może on się wydarzyć w każdym wieku, począwszy od lat 4-ych (Thomas Smith<sup>1</sup>), a najczęściej pojawia się pomiędzy 30 a 50 rokiem życia. Ilość kobiet, które nie rodziły jest bardzo pokązną, gdyż wynosi 34% zatem porody nie wywierają tu wybitnego wpływu.

W jakim stosunku pozostaje powstawanie mięsaków do przewłocnych spraw zapalnych błony śluzowej jamy macicy, nie można z pewnością powiedzieć. To tylko pewna, że obraz mikroskopowy międzykomórkowego zapalenia błony śluzowej (*Endometritis interstitialis*) z drobnokomórkowym międzygruczołowym naciekiem, bardzo jest zbliżony do obrazu okrągłokomórkowego mięsaka. Związek zatem teoretycznie sam się narzuca i przyjmujemy, że podobnie jak bujanie gruczołowe prowadzi do raka, tak bujanie międzygruczołowe do mięsaka.

Powstanie mięsaków bywa także ściśle złączonym z istnieniem włókniaków śródściennych i polipów włókniakowych, do których przystępuje zwyrodnienie mięsakowe.

Następowo powstać może mięsak macicy, w razie mięsaka jajników, drogą przerzutu, a wówczas trudnem bywa oznaczenie, w którym narządzie jest pierwotnym. Większa częstość mięsaka jajnika przemawia za jego pierwszeństwem.

**Anatomia patologiczna.** Mięsak macicy pojawia się w dwóch postaciach, mianowicie: jako mięsak rozlany błony śluzowej (*Sarcoma diffusum*) i mięsak miąższu macicy.

<sup>1</sup>) *Amer. journ. of. obst.* 1883.

Mięsak błony śluzowej powstaje z bujania komórek podśluzowej tkanki łącznej jamy macicy, lub, co o wiele rzadsze, szyi macicznej. Małe, gęsto ułożone, okrągłe, a rzadko wrzecionowate komórki tworzą bardzo miękkie, kruche, łatwo oddzielające się nacieki błony śluzowej, które mają kształt albo płatkowaty lub polipowy nad powierzchnię sterczący, przyczem pojedyncze narośle dochodzą wielkości orzecha, lub też zwyrodnienie szerzy się jednostajnie w powierzchni i zajmuje całą błonę śluzową jamy macicy.

Wczesnie już mięsak szerzyć się może na miąższ macicy, zając go w całej grubości, dosięgnąć otrzewny i utworzyć na powierzchni macicy, guzkowate, miękkie wyniosłości lub większe obrzęki, tworzące zrosty z jelitami i ścianami brzuszniemi. Narządy te także ulegają zwyrodnieniu, jak w przypadku Gusserowa<sup>1)</sup>, w którym otorbiona jama, powstała z rozpadu, otworzyła się na zewnątrz, przebiwszy powłoki brzuszne.

Ku jamie macicy wzrastające wybujałości zwykle, z powodu rozpadu, pokryte czarnymi lub brunatnymi strzępami, bywają bardzo miękkie i obfitujące w naczynia, a na przecięciu szarobiałe, rdzenniste. Gusserow i Hegar zwracają uwagę na równoczesne istnienie tu i owdzie gniazd rakowych, tak, że powstaje nowotwór złożony (*Carcino-sarcoma* (Klebs).

Błona śluzowa szyi i części pochwowej tylko nadzwyczaj rzadko bywa siedzibą pierwotnego zwyrodnienia mięsakowego, które tu występuje w postaci kalafiorowatych narośli, mogących wypełniać całą pochwę, a zmiany następowe, które w utkaniu samem pojawić się mogą, a mianowicie przesączyna surowicza, (*Oedema*) nadają tym naroślom wejrzenie podobne do zaśniadu groniastego (*Mola hydatidosa*). Pierwszy taki przypadek opisał Spiegelberg, a Weigert, który go pierwszy badał anatomicznie nazwał go *Sarcoma colli hydropicum*.

Pęcherzyki utworzone były z komórek rozgałęzionych, wrzecionowatych lub i okrągłych i obfitej, całkiem jasnej istoty międzykomórkowej, nie mętniejącej za dodaniem kwasu octowego, co wyklucza nowotwór śluzakowy, *Myxoma*. Nowotwór ten jest zatem mięsakiem, którego istota międzykomórkowa jest przesączyną surowiczą, co Spiegelberg tłumaczy anatomiczną budową części pochwowej, obfitującej w brodaweczki i naczynia chłonne.

Dotychczas znamy 6 przypadków podobnych, mianowicie: drugi przypadek Spiegelberga, 1 Reina, 1 Winklera i 2 Schrödera, z których

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. I. 1870.

jeden opisany został przez Kunerta <sup>1)</sup>. W przypadku Schrödera nowotwór składał się z komórek okrągłych. Przypadek Reina oznaczony nazwą *Myxoma enchondromatodes arborescens colli* także nie był śluzakiem, lecz mięsakiem (Winkler) i posiadał jeszcze tę uwagi godną właściwość, że okazywał rozsiane komórki chrząstkowe, które w przypadku przez Thiede'go <sup>2)</sup> jako *Enchondroma colli* opisanym, były tak obficie nagromadzone, że już gołem okiem można było na przecięciu rozpoznać budowę chrząstniakową.

Druga forma mięsaka macicy pojawia się jako zwyrodnienie utkania międzymięśniowego w postaci nacieku jednostajnie cały mięsz macicy zajmującego bez pierwotnego zwyrodnienia błony śluzowej, mogącego być przyczyną jednostajnego, bardzo znacznego powiększenia macicy jak w przypadku Terillona, w którym macica mięsakowo zwyrodniała ważyła 19 kilo. Lub też występuje w postaci gniazd tworzących obrzęki w mięszu, które przez wzrastanie ku powierzchni mogą sterczeć z niej w jamę brzuszną, jako szeroko osadzone lub uszypułkowane guzy bardzo obfite w naczynia, *Angio-sarcoma plexiforme*.

Podług Virchowa i Rokitanskiego, obrzęki mięsakowe tworzące okrągłe guzy w mięszu macicy lub pod błoną śluzową lub pod otrzewną, mają zawsze pochodzić ze zwyrodnienia włókniaków (*Fibro-sarcoma, Sarcoma fibrosum v. nodosum*) i nie posiadają nigdy odgraniczającej je od utkania macicznego torebki jak włókniaki, jeżeli zwyrodnienie jest całkowitem. Terillon <sup>3)</sup> i Geisler <sup>4)</sup> jednak przyjmują stanowczo możebność wytworzenia się pierwotnych guzów mięsakowych bez pośrednictwa włókniaków.

Mięsakowe zwyrodnienie włókniaków rozpoczyna się w przestworach międzymięśniowych, w których pojawiają się obficie komórki okrągłe, wypierające utkanie pierwotne, aż w końcu całe utkanie staje się miękkim, na przekroju jednostajnej budowy, białawem i wilgotno-lśniącym. Włókniako-mięsaki złożone tylko z wrzecionowatych komórek, należą do rzadkich wyjątków, a pierwsze dwa przypadki podali Leopold <sup>5)</sup> i Simpson <sup>6)</sup>.

Jeżeli obrzęk mięsakowy posiada kształt polipa osadzonego na niezbyt szerokiej szypułce, to zawsze pochodzi ze zwyrodnienia polipa włókniakowego jak twierdzi Schröder, który w dwóch przypadkach mógł wykazać jeszcze włókniakową budowę szypułki, gdy sam polip był już zupełnie mięsakowo zwyrodniały. Jeżeli zaś pier-

<sup>1)</sup> *Dissert. inaug.* Berlin. 1885. — <sup>2)</sup> *Zeitschr. f. Geb.* 1877. — <sup>3)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1891. Nr. 37. — <sup>4)</sup> *Inaugural. Diss.* Breslau 1891. — <sup>5)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. VI. 1874. — <sup>6)</sup> *Edinb. med. journ.* 1876.

wotny mięsak przybiera postać polipa, to zawsze prawie tkwi szeroką podstawą w mięszu macicy, zatem nie bywa tak wyraźnie uszypułkowanym.

Tak jak to już wspomiano przy mięsaku błony śluzowej, tak i w zwyrodnieniu włókniaków wydarzają się formy mieszane z rakiem. Prawdopodobnie powstają tu komórki rakowe z mięsakowych, tak, że Majer przypuszcza powstanie raka w włókniaku tylko za pośrednictwem mięsaka.

**Objawy i przebieg.** Mięsak błony śluzowej wywołuje już wcześniej znaczne krwotoki, a w czasie od nich wolnym obfity odpływ wodnisto-krwawy (*Hydorrhoea*), woni mdłej, a w późniejszym przebiegu czasem dopiero bardzo późno cuchnienie.

Bóle bywają albo nieznaczne lub brak ich zupełny tak, że C la y<sup>1)</sup> uważa brak bólów, wobec wybitnych innych objawów nowotworu złośliwego, za cechę mięsaka, gdy G us s e r o w<sup>2)</sup> zalicza bóle do wczesnych i częstych objawów. S c h e f f e r<sup>3)</sup> opisuje przypadek, w którym mięsak objawiał się tylko parciem na mocz niczem nie dającym się powstrzymać i bólami w krzyżach i podbrzuszu. Jeżeli naciek mięsakowy szerzy się na mięsz macicy, to bóle mogą występować ze znacznem nasileniem. Bóle zaś kurczowe podobne do porodowych, mogą się pojawić, gdy narosłe masy nowotworowe, skurczami macicy bywają wypychane przez szyję do pochwy. Kiedy indziej następuje ta sprawa bez żadnych bólów i wówczas przypuszczamy, że masy te nie zostały wyparte skurczami, lecz po prostu wybujały, rozszerzając powoli szyję.

Części nowotworowe łatwo się same odrywają jeszcze w jamie macicy lub w pochwie i odpływają z odchodami, lub też zalegają ujście i mogą wywołać nagromadzenie się wydzieliny w jamie macicy. Jedynym w tym rodzaju jest przypadek T e r i l l o n a<sup>4)</sup>, w którym w ten sposób powstał krwistek maciczny (*Haematometra*) zawierający 7 litrów krwi.

Macica bywa zwykle powiększoną, a ujście albo całkiem zamknięte lub też szeroko rozwarte nawet u kobiet, które nie rodziły, tak, że palcem łatwo można osiągnąć jamy macicy i wyczuć bezpośrednio wybujałości.

Zwyrodnienie szerzy się łatwo i wcześniej na mięsz macicy, a następnie na szyję, trąbki, jajniki, otrzewną, tkankę łączną, pęcherz

<sup>1)</sup> *The Lancet* 1877. — <sup>2)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. I. 1870. — <sup>3)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1887. Nr. 45. — <sup>4)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1886.

moczowy, odbytnicę, ściany pochwy i na części rodne zewnętrzne. Przerzuty zaś w formie mięsaka samej błony śluzowej bywają rzadsze.

Jeżeli zwyrodnienie mięsakowe występuje w utkaniu mięśniowłókników macicy, lub gdy pierwotny mięsak pojawia się jako guz nowotworowy, to wzrastanie takich obrzęków bywa znacznie szybszem niż czystych mięśniowłókników i rychło już utworzyć mogą obrzęki znacznych rozmiarów. Do tego objawu dołącza się obfita wydzielina wodnista, której rzadko brak w przypadkach mięsaków, a zwykle brakuje w razach nieposoczących włókników. Inne objawy niczem się nie różnią od włókników, torbielowłókników lub polipów włóknikowych. Uwagi godną jest ta okoliczność, że nawet małe obrzęki mięsakowe podśluzowe dna macicy, często względnie sprawiają wyciowanie jej (Langenbeck, Spiegelberg, Nyrop).

Objawy i przebieg cechująco się zmieniają, gdy obrzęk zostanie wyłuszczonej z macicy lub jako zwykły polip odcięty. Wówczas krwotoki wprawdzie na jakiś czas ustają, lecz, w parze z zwiększającym się upadkiem sił i objawami charłactwa, wkrótce powracają, a na miejscu poprzedniego obrzęku pojawia się nowy, który już w kilka tygodni może osiągnąć tej samej co poprzednio wielkości. Są to te obrzęki, które pojmowano dawniej, jako recydujące włókniki. Recydywa tylko wyjątkowo tak znacznie się opóźnia, że następuje dopiero po 1 — 2 latach.

Przerzuty bywają w tej formie mięsaków częstsze w rozmaitych narządach j. t. w płucach, opłucny, wątrobie, gruczołach, kręgach i w tkance łącznej miednicy. W jednym przypadku, obserwowanym przezemnie wspólnie z A. Biesiadec kim, wystąpiły przerzuty gromadnie pod skórą piersi i pleców, w postaci guzków, zdrową skórą pokrytych, wejrzenia zupełnie do kaszaków podobnego. Zejście tak w jednej jak i w drugiej formie mięsaków bywa zawsze śmiertelnem, jeżeli za pomocą operacyi nie uda się doszczętne usunięcie nowotworu. Przebieg jednak może być znacznie przedłużonym zabiegami operacyjnymi, tak, że West podaje przypadek trwania mięsaka przez  $6\frac{1}{4}$  lat od czasu rozpoznania go.

**Rozpoznanie** mięsaka błony śluzowej, może być dopiero wówczas pewnem, gdy oderwane lub odpadłe części nowotworu, albo też otrzymane za pomocą wyskrobania, (do czego nas zmuszają krwotoki lub cechująca wydzielina) zbadamy pod mikroskopem. Kawałki nowotworu, które samoistnie zostały wydalone na zewnątrz, zawsze prawie pochodzą z mięsaka (Gusserow).

Drobne kawałeczki otrzymane przez wyskrobanie, mogą pod mikroskopem przedstawiać zupełnie obraz mięsakowego zwyrodnienia, a nie być niczem innym, jak zmianami właściwymi międzykomórkowemu zapaleniu błony śluzowej jamy (*Endometritis interstitialis*) jak tego dowodzi pomieszczenie tych dwóch obrazów, przez Abła i Landaua<sup>1)</sup>. Schröder zwraca uwagę, że i części błony dočasnej (*Decidua*) podobnie się przedstawiać mogą.

Na myśl mięsakowego zwyrodnienia poprzednio istniejących włókniaków, naprowadza nas niekiedy znaczne ich zmięknięcie, znaczna różnica wielkości w krótkim czasie pomiędzy dwoma badaniami, odpływ obfity i objawy charłactwa. Podług Terillon'a<sup>2)</sup> wodnisto krwawa wydzielina, ma zawierać bardzo obfite, rozpadające się przybłonki. Podejrzanymi są także obrzęki macicy, gdy powstają dopiero w latach zwrotu płciowego, lub gdy mały obrzęk, który nie sprawiał żadnych dolegliwości, w tym okresie właśnie, lub później, zaczyna się powiększać, i wywołuje objawy uciskowe, a co ważniejsze, jeżeli dopiero wtenczas pojawiają się krwawienia, gdy miesiączkowanie od dłuższego czasu już ustało. Jeżeli obrzęk sterzący w jamę macicy da się dosięgnąć palcem, to znamięm cechującym mięsaka, jest łatwość, z jaką palec wchodzi w mięsz i kawałki z niego odrywać może.

Mimo powyżej podanych cech, najczęściej rozpoznanie dopiero wówczas jest możebnem, gdy części nowotworu zostaną wydalone, lub gdy w czasie wyłuszczenia obrzęku, uważanego za włókniaka, lub odjęcia polipa włókniakowego, zauważymy uderzającą jego kruchość, a wyłuszczone lub oderwane części, okażą na przecięciu jednostajną białawo lśniącą powierzchnię, i rozpoznanie upewni badanie mikroskopowe. Także i wtenczas rozpoznanie mięsaka prawie pewnem być może, gdy po wyłuszczeniu lub odjęciu obrzęku, którego dokładnie nie badano, w krótszym, lub dłuższym czasie, następuje recydywa.

**Rokowanie**, tak o mięsaku błony śluzowej, jak i mięsaku miąższu macicy, jest zupełnie złem, ze względu na znaczną złośliwość nowotworu, i prawie absolutną pewność recydywy. Uwzględniając jednak, że przebieg mięsaka jest znacznie wolniejszym niż raka, i że wybitne objawy domagające się leczenia wcześniej występują, tak, że chore szukają pomocy z mniejszemi względnie zmianami jak przy raku, i że, w razie niemożności doszczętnego usunięcia zwyrodnienia in-

<sup>1)</sup> l. c. str. 375. — <sup>2)</sup> l. c. str. 418.

nymi zabiegami, można przebieg znacznie uczynić dłuższym, to rokowanie, co do trwałości usunięcia przypadków, jest korzystniejszym niż w raku macicy niedającym się doszczętnie usunąć.

**Leczenie.** Pomimo znacznie gorszych widoków na przyszłość, celem leczenia powinno być, tak jak w raku macicy, doszczętne usunięcie, o ile to możebne, całego zwyrodnienia. Wskazaniem jest zatem w pierwszym rzędzie wycięcie macicy, i to stósownie do danych warunków, albo przez pochwę, lub gdy macica jest za wielką, od jamy brzusznej, w którym to przypadku, podobnie jak w razie raka ciała macicy, jeżeli szyja nie jest już zwyrodniała, ograniczamy się do nadpochwowego odjęcia macicy.

W przypadkach, w których wycięcie całej macicy jest niemożebnem, leczenie przypadkowe polega na usunięciu bujania nowotworu błony śluzowej, przez gruntowne wyskrobanie i przyżeganie (chlorkiem cynku, półtorachlorkiem żelazawym, kwasem azotowym dymiącym lub nawet rozpalonem żelazem) całej jamy macicy.

Szypułkę polipów mięsakowych, należy odciąć jak najwyżej, a następnie reszty nowotworu wyciąć, lub wyskrobać z mięszu macicy i potem łożyć jego przyżegać. W czasie wycinania lub wyskrobywania części nowotworowych, należy unikać skaleczenia zdrowego mięszu macicy i pochwy, gdyż możebność przeszczepienia mięsaka, podług spostrzeżeń Hegara, Śpiegelberga<sup>1)</sup> i Ahlfelda<sup>2)</sup>, jest bardzo prawdopodobną. Recydywy po dokładnem wyskrobaniu, nastąpiły, w 7 przypadkach Clay'a<sup>3)</sup>, w 2—14 miesięcy.

### Nowotwory gruczołowe macicy.

**Przyczyny.** Bujania błony śluzowej, szczególnie ograniczone, tworzące polipy, które zawierają utkanie gruczołowe, wydarczają się tak często, że Winckel znajdował je na zwłokach w 10% przypadków.

Wszystkie formy zawdzięczają swe powstanie, przewłocznemu niezytowi błony śluzowej, a gdy ten tak często da się odnieść do zarażenia rzeżączkowego, zatem rzeżączkę, za dalszą przyczynę uważać należy (Winckel).

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. IV. 1872. — <sup>2)</sup> Tamże T. VII. 1874. — <sup>3)</sup> *The Lancet* 1877.



Prócz tego, wiek ma wpływ bardzo wybitny, szczególnie w powstawaniu tej formy, którą opisujemy pod nazwą gruczolaka, a która pojawia się z upodobaniem w wieku zwrotu płciowego, lub znacznie później.

**Anatomia patologiczna.** Gruczoły błony śluzowej ciała i szyi macicznej, wchodzi w skład rozmaitych obrzęków, lub stanowią ich główną część składową. Dlatego też, i pojęcie nowotworzenia gruczolowego, jest bardzo szerokiem.

Anatomicznie, zaliczamy i nadżerkę części pochwowej do nowotworów gruczolowych, jak również i wybujałości błony śluzowej jamy macicy dotkniętej nieżytem, a w końcu, poznaliśmy w rozdziale o włókniakach i polipach włókniakowych, w jaki sposób bujanie gruczolowe, może utkanie ich zmienić.

Narośle błony śluzowej macicy, nie uwzględniając obecnie ani raka, ani mięsaka, zawierają bez wyjątku utkanie gruczolowe, lecz okazują te wybitne różnice, że gdy jedno zawierają gruczoły skutkiem zamknięcia lub odsznurowania przewodu torbielowo zwyrodniałe, to inne, wykazują wszystkie części błony śluzowej, razem z niezmiennymi, lub torbielowo rozszerzonymi gruczolami, lub też wyłącznie nowo utworzone utkanie gruczolowe (*Adenoma*).

1. Typową formą pierwszego rodzaju, są tak zwane jajeczka, czyli pęcherzyki Nabotha i kaletki (*Folliculi*), tak często dostrzegane na części pochwowej, a które mogą tworzyć w wargach macicznych przestwory torbielowe dosięgające nawet wielkości orzecha laskowego. Jeżeli zaś kaletki rozszerzone wydzielają, tak się wzniosą nad powierzchnię że się z otoczenia uwolnią i uszypułkują, to wówczas powstaje najprostsza forma polipa gruczolowego, tak zwany polip śluzowy, (*Polypus mucosus*).

Zwykłą ich siedzibą, bywa błona śluzowa szyi i łatwo też występują one przez ujście zewnętrzne, jako narośle uszypułkowane, okrągławe a często obłe, wielkości od groszku do małej fasoli, zabarwienia ciemno-pąsowego, wejrzenia wiszącej kropli krwi. Lecz i na błonie śluzowej ciała macicy kobiet wiekowych, i to z ulubieniem w okolicy ujścia trąbki, mogą powstawać obrzęki małe, czasem bardzo liczne, jako narośle polipowe (*Endometritis cystica polyposa*) lub tworzące płaskie, obok siebie ułożone obrzęki miękkie, mięczaki (*Molluscum uteri*).

Przejście od tej prostej formy do więcej złożonej, tworzy ta forma, która powstaje z odsznurowania się i uszypułkowania, więk-

szej ilości kaetek, rozdzielonych utkaniem międzygruczołowem. W ten sposób powstałe polipy, mogą zawierać i przylegającą warstwę mięsną, okazywać budowę więcej złożoną i dosięgać wielkości jaja kurzego. Jako wzór takiego utkania, służą te zmiany, jakie wywołać mogą w wardze macicznej, licznie nagromadzone, rozszerzone kaetki gruczołowe. Następuje tu bowiem z wzrostem torbieli ku dołowi, takie wydłużenie zajętej części wargi, że ona od reszty się oddziela i pozostać może z nią w połączeniu, tylko za pomocą szypułki, osadzonej na brzegu reszty wargi niezwyrodniałej. Część w ten sposób zwyrodniała, okazuje nieregularny, płatkowaty kształt, a błona śluzowa okazuje zmiany, właściwe nieżytowi i ma wejrzenie podobne do migdałków (*Tonsilla*) z powodu licznych dołków. Kiedyindziej znowu ułożenie i kształt płatków przypomina kwiat róży.

Virchow pierwszy, opisał te zmiany pod nazwą *Hyperplasia follicularis labii uteri*, która o tyle sprawie nieodpowiada, że przerost jest objawem następowym, a pierwotną przyczyną torbielowe zwyrodnienie gruczołów. Jeżeli zwyrodnienie to jest znacznem, i zajmuje obie, szczególnie wywinięte wargi, wówczas znaczne powiększenie ich i nierówności, mogą łudząco stać się podobnemi do raka. Podobne zmiany mogą nastąpić i w utkaniu innem, jak to podaje Schröder, opisując przypadek, w którym polip posiadał szypułkę włóknistą, a na niej osadzone gruczoły prawidłowe, jakoteż i torbielowo zwyrodniałe.

2. Na błonie śluzowej jamy macicy, powstają pod wpływem podrażnienia nieżytego, narośle pagórkowate, lub też polipowe (*Fungositates*), które prócz gruczołów mieszkowych, zawierają i wszystkie inne składniki przerosłej błony śluzowej. W nich już niekiedy spostrzedz można taką przewagę utkania gruczołowego, że tworzą przejście do tego stanu, który uchodzi pod nazwą gruczolaka.

3. Jeżeli bujanie gruczołowe jest tak obfitem, że pod jego wpływem zanika utkanie międzygruczołowe, a nowo utworzone gruczoły sięgają w warstwę mięsną macicy i przejmują ją, to wówczas powstaje nowotwór gruczołowy, czyli gruczolak (*Adenoma*) w ścisłym znaczeniu. Formę tę, poznaliśmy już w rozdziale o raku jamy macicy, uważając ją za formę przejściową w raka, za czem świadczy i skłonność do powrotów, i te obrazy mikroskopowe, w których jedna część przedstawia się jako czysty gruczolak, a druga z wypełnionymi przybłonkiem brukowym przestworami gruczołowymi, jako rak w formie zupełnej wykończony. O ile zatem cały obraz badany, prócz

obficie wybujałych gruczołów z zanikiem utkania międzygruczołowego okazuje istniejące mieszki gruczołowe wysłane jednowarstwowym przybłonkiem wałeczkowym, o tyle i tak długo jest gruczolakiem, i ma jako odrębna postać tylko ważność anatomiczną, a nie kliniczną. Jeżeli bowiem z powodu powrotów musimy go nazwać gruczolakiem złośliwym, to z tą pewnością, że przejdzie on w raka, a odrębności klinicznej, nie ratuje gruczolakowi i piękna praca A. Marsa<sup>1)</sup> z bardzo pouczającymi badaniami drobnowidowemi wykonana.

Gruczolak pojawia się też, tak jak i rak jamy macicy, w postaci rozlanej (*Adenoma diffusum*) i w ogniskach ograniczonych, sterczących nad powierzchnię (*Adenoma polyposum*).

**Objawy i przebieg.** Wszystkim opisanym formom, towarzyszą jako najwybitniejszy objaw krwotoki, początkowo jako zwiększone krwawienia miesięczne, a później nieokresowe. Tylko bujania błony śluzowej kobiet bardzo wiekowych, mogą przebiegać bez tego objawu. Najczęściej nie mamy do czynienia z gwałtownymi krwotokami, lecz z ciągłym skąpym krwawieniem, które powiększa się po doznanych urazach, mianowicie po spółkowaniu, jeżeli pochodzi z polipów, które już dostały się przed ujście zewnętrzne.

Upławy, nawet ropiaste, zwykle towarzyszą tym wybujałościom i pochodzą tak z ich powierzchni, jakoteż i z błony śluzowej. W razie zaś gruczolaka rozlanego albo zupełnie brakuje wydzieliny, lub jest bardzo skąpa.

Częste krwawienia, rychło już sprawiają znaczną niedokrewność, niekiedy znacznego stopnia. Widocznego charłactwa nie bywa nawet w razie gruczolaka udowodnionej złośliwości, przeciwnie, uderza często znaczna otyłość obok znacznej niedokrewności.

Co do przebiegu, to o wszystkich formach razem można powiedzieć, że pozostawione sobie, bez pomocy, mogą zagrażać życiu ubytkiem krwi, a gruczolak prócz tego, przez skłonność do recydyw i przejście w raka.

**Rozpoznanie.** Jeżeli opisane formy polipów wystąpią przez ujście zewnętrzne, to rozpoznanie istnienia ich, nie ulega trudnościom, a o jakości budowy rozstrzyga badanie drobnowidowe. Jeżeli zaś drobne polipy śluzowe ujdą uwagi w czasie niedbałego badania palcem, to we wzorniku, bardzo widocznie odznaczają się barwą od swego otoczenia. Jeżeli zaś opisane utwory gruczołowe znaj-

<sup>1)</sup> l. c. str. 414.

dują się jeszcze ukryte w macicy, wówczas krwotoki i krwawienia, po wykluczeniu patologicznych zmian samych ścian macicy, zmuszają nas do rozwarcia szyi macicznej, przyczem ukryte w niej ukleje śluzowe, samem działaniem pęczniającej laminaryi bywają rozgniecione i zniszczone. W przypadkach zaś istnienia opisanych zmian w jamie macicy, najczęściej bezskuteczne usiłowania powstrzymania krwotoków i wykluczenie rozlanego gruczolaka przez poprzedzające próby zeskrobania błony śluzowej jamy, zmuszają nas do takiego rozszerzenia szyi, aby jamę macicy bezpośrednio palcem wy badać można.

**Rokowanie** jest dobrem dla wszystkich form, wyjąwszy gruczolaka — *Adenoma*; a co do tego ostatniego, to znacznie jest lepszem dla formy ograniczonych uszypułkowanych bujań. Dla formy rozlanej zaś, o tyle jest gorszem, im obfitszem i rozleglejszem jest bujanie gruczołowe, zatem im trudniejszym do zupełnego usunięcia, i im rychlej następuje recydywa, to znaczy, czem większą jest złośliwość. Że rokowanie niemoże być zupełnie dobrem nawet po tak doszczętnem leczeniu, jak zupełnem wycięciu macicy, dowodzą dwa przypadki A. Martina, w których, po wycięciu macicy tylko z powodu gruczolaka, w  $\frac{1}{2}$  roku powstał rak w bliźnie.

**Leczenie.** Bujania ściśle polipowego kształtu, cienko uszypułkowane, leczy się odkręceniem, lub odcięciem szypułki. Jeżeli grubsza nieco szypułka za pociąganiem obrzęku staje się widocznie bledszą, to dowodzi obfitości jej naczyń i wymaga poprzedniego podwiązania (Gusserow). Podobnie odkręcamy, lub odcinamy po chwyceniu kleszczykami, lub wreszcie na samym palcu, polipy samej jamy macicy, po dostatecznem rozszerzeniu szyi; a w razie znacniejszego krwawienia po odjęciu, tamponujemy jamę macicy gazą jodoformową, lub też wstrzykujemy roztwór półtorachlorku żelazawego.

Gruczolak rozlany, wymaga bardzo dokładnego zeskrobania całej powierzchni błony śluzowej jamy, skrobaczkami i łyżeczkami ostremi, poczem należy przeszkadzać ponownemu bujaniu, wstrzykiwaniami nalewki jodowej lub roztworu półtorachlorku żelazawego i przepłukiwaniami 2—3% wodą karbolową. Wobec zaś rychłych recydyw, wskazanem jest całkowite wycięcie macicy.

### **Brodawczak części pochwowej. Papilloma portionis vaginalis.**

Nazwą brodawczak (*Papilloma*) nie zawsze oznaczamy budowę anatomiczną narośli pojawiających się na zewnętrznej lub wewnętrz-

nej ścianie szyi macicznej, lecz bez względu na ściśle brodawkową budowę, tylko ich wejście brodawkowe.

W ten sposób, włókniaki czasem, a rakowiec części pochwowej zawsze, przybiera postać brodawkową. Zapatrując się zatem na te narośle, jako na pewien szereg nowotworów należących do siebie tylko ze względu na ich powierzchnię brodawkową, opiszemy trzy formy znane.

1. Brodawczak włókniakowy (*Papilloma fibrosum*), powstaje skutkiem bujania brodawczek części pochwowej, pokrytych wielowarstwowym przybłonkiem brukowym, i przybiera postać polipa, osadzonego na wardze macicznej. Dowodem zaś włókniakowej przyrody tego obrzęku, jest szypułka utkania włókniakowego i mięsnego, od której, na wszystkie strony, odchodzą bardzo liczne cienkie brodawczki (Simon<sup>1</sup>).

2. Wydarzają się obrzęki podobne, które w pewnych miejscach okazują tę samą budowę brodawkową, a w innych miejscach pomiędzy brodawczkami, otwarte na powierzchni jamki gruczołowe, zatem zawierające i kaletki gruczołowe części pochwowej (Ackermann<sup>2</sup>). Powstawanie w tych obrzękach jamek torbielowych, wywodzi Rindfleisch nie od gruczołów, lecz ze zrostu końców brodawkowych ze sobą.

3. W roku 1809 opisał John Clarke obrzęk, odchodzący szeroką podstawą od zewnętrznej powierzchni części pochwowej, składający się z samych brodawczek i pokryty także wielowarstwowym przybłonkiem brukowym, którego powierzchnię, najlepiej porównać można z powierzchnią kalafiora, i stąd też pochodzi nazwa którą mu nadał „*Cauliflower excrescence*“, narośl kalafiorowata, a u Niemców „*Blumenkohlgewächs*“.

Wielkość bujania brodawek, zaopatrzonych zawsze olbrzymią siecią nacyniową, zawisłą jest od podatności pochwy, tak, że u kobiet które nie rodziły, bujanie bywa znacznie mniejszem.

Nowotwór ten, przez długi czas był przedmiotem wielkiego zamieszania; bo gdy jedni twierdzili, że jest on przyrody dobrotliwej i nie powraca po odjęciu, to inni uważali go po prostu za raka, który po usunięciu bujań powraca. Otóż jedni i drudzy mieli zupełną słuszność, gdyż wydarzają się anatomicznie czyste brodawczaki bez żadnej cechy złośliwej, a kiedyindziej, w podstawie ich, można już

1) *Monatschrift. für Geburtsk.*, T. XXIII. — 2) *Virchow's Archiv*, T. 43.

wykazać gniazda rakowe (Virchow). O ile też utkanie jest czysto brodawkowym, o tyle tylko anatomicznie może on stanowić formę odrębną od rakowca, i pozostaje prawie w tym samym stosunku do rakowca części pochwowej, co gruczolak do raka jamy macicy, to znaczy, że już jest częściowo rakiem, lub pozostawiony sobie, z pewnością nim będzie. Klinicznie zatem, odrębne stanowisko tego brodawczaka, nieda się utrzymać, i należy go zawsze uważać za nowotwór złośliwy.

**Leczenie** pierwszych dwóch form polega na odcięciu a formy 3-ciej na odjęciu wargi lub warg macicznych razem z brodawczakiem, lub na wycięciu całej macicy.



## ROZDZIAŁ PIĄTY.

---

# O miesiączkowaniu.

---

### Istota miesiączkowania.

Miesiączkowanie, miesiączka, regularność, odpływ miesięczny, peryod, *Menstruatio*, *Menstrua*, *Menses*, *Catamenia*, *Purgatio menstrua*, *Règles*, *Périodes, d'Ordinaires*, *Épouques*, *Flux catameniale*, (u ludu wiejskiego bieda, kwiatek, pranie), jest to okresowo pojawiający się odpływ krwawy z części płciowych niewieścich, którego pierwsze pojawienie się uważamy za zewnętrzny objaw dojrzałości płciowej, czyli możności wytwarzania w jajnikach jajeczek zdolnych do zapłodnienia.

Źródłem krwawienia miesięcznego, jest, w największej części, błona śluzowa macicy. Błona śluzowa trąbek, zdaje się również mieć udział w prawidłowem miesiączkowaniu. Odpływająca krew posiada tę właściwość, że nie krzepnie, z powodu kwaśnego oddziaływania wydzieliny pochwy, i zawiera, prócz składników właściwych krwi, przybłonki macicy i pochwy, a często i części powierzchowne błony śluzowej jamy macicy, znajdujące się w stanie rozpadu tłuszczowego, oraz wydzielinę śluzową.

Błona śluzowa jamy macicy, okazuje w czasie miesiączkowania zmiany, właściwe bardzo znacznemu pomnożeniu jej składników (*Hyperplasia*) a mianowicie: staje się ona w dwójnasób grubszą, żywo czerwono zabarwioną i soczystą, a przed pojawieniem się krwa-

wienia, tak błona śluzowa macicy, jak i pochwy, wydzielają zwiększoną ilość śluzu.

Naprzód zajmiemy się czysto zewnętrzną sprawą miesiączkowania, t. j. krwawieniem i przeobrażeniem błony śluzowej.

W jaki sposób następuje krwawienie z przerosłej błony śluzowej, i w jaki sposób ustępuje ten przerost? Oto są pytania, na które dotychczas odpowiedź nie jest jeszcze zupełnie jasną i zadawalniającą.

Na pierwsze pytanie odpowiadamy, że krwawienie następuje w największej części przez pęknięcie naczyń (*per rhexin*), a częścią przez przepacanie (*per diapedesin*). Co do drugiego pytania, to zdaje się być udowodnionem, że powierzchowna warstwa przerosłej błony śluzowej, oddziela się w stanie przeobrażenia tłuszczowego i rozpadu (*Detritus*).

Williams<sup>1)</sup> który idzie najdalej, twierdzi, że w czasie miesiączkowania, prawie cała błona śluzowa macicy zostaje odłuszczoną. Kundrat i Engelmann<sup>2)</sup> dowodzą odłuszczenia się powierzchniowej warstwy, jako sprawy, która ma polegać na pierwotnem stłuszczeniu, poczem dopiero, jako sprawa następowa, pojawia się, z tak fizyologicznie zranionej błony śluzowej krwawienie, a następnie odrodzenie z pozostałej reszty.

Ruge i Möricke<sup>3)</sup> wyskrobywali w czasie miesiączkowania błonę śluzową macicy za pomocą ostrej łyżeczki, i znajdowali ją zawsze pokrytą nienaruszonym przybłonkiem migawkowym, co przemawia za zupełną jej całością, zatem przeciw pierwotnemu stłuszczeniu, i przeciw pojęciu krwawienia, jako sprawy następowej.

Badania Wydera<sup>4)</sup> jednak, dowodzą prawie stanowczo odłuszczenia się powierzchniowej warstwy błony śluzowej w ten sposób, że krwawienie pierwotnie następuje jako podbiegnięcie krwi pomiędzy głęboką a powierzchowną warstwą błony śluzowej (*Sugillatio*), przez co warstwy oddziela od siebie, tak, że powierzchowna odłuszcza się rozpadem następowym. Odłuszczenie to, następuje w rozmaitym stopniu, tak co do wielkości powierzchni, jak i co do głębokości, w różnych okresach miesiączkowych, i nie jednako u wszyst-

<sup>1)</sup> *Transact. of the obstetr. Soc. London.* XXIV. 1883. — <sup>2)</sup> *Stricker's med. Jahrb.* 1873. — <sup>3)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1880. Nr. 13. — <sup>4)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XIII. i *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.* T. IX, str. 1.



kich kobiet. Dlatego nie może zadziwiać i to pozornie bardzo silne twierdzenie Rugego i Mörickego, że błona śluzowa w czasie miesiączkowania bywa nienaruszoną, gdyż zwykle powstają duże jej wyspy z całkiem zachowanym przybłonkiem, gdy inne części okazują brak całej powierzchownej warstwy. Odrodzenie się utraconej warstwy następuje z komórek międzygruczołowych, i pozostałych ślepych zakończeń gruczołowych, a odrodzenie przybłonka z pozostałych wysepek i przybłonek gruczołowych.

Powiedzieliśmy powyżej, że pierwsze miesiączkowanie uważamy za dowód dojrzałości płciowej, czyli za dowód dojrzewania w jajnikach jajeczek, zdolnych do zapłodnienia. Doświadczenie też poucza nas, że bez jajników niema miesiączkowania, gdyż po trzebieniu (*Castratio*) w największej części przypadków od razu się ona nie pojawia, lub ustaje po krótkim jeszcze trwaniu, a w przypadkach w których to nie następuje, przypuszczamy pozostawienie części utkania jajnikowego, lub przyjajnikowego. Przyczyny zatem miesiączkowania, szukać należy w jajnikach, czyli innemi słowy, że miesiączkowanie zależnem jest od czynności jajników.

Części płciowe kobiece aż do wieku pokwitania, pozostają w stanie rozwoju dziecięcego, a dopiero gdy sprawa odbywająca się w jajnikach dosięgnie pewnego stopnia, wpływa ona jako bodziec, pod którego działaniem następuje zupełny rozwój części płciowych, właściwy niewieście. Sprawą tą w jajnikach, jest jajeczkowanie (*Ovulatio*) czyli dojrzewanie pęcherzyków Graafowych t. j. występowanie ich z miąższu jajnika większą częścią obwodu nad jego powierzchnię, a następnie pęknięcie, i wydzielenie jajeczka, które uchwycone strzępkami trąbki, dostaje się przez jej przewód do jamy macicy.

Ta ciągle czynna sprawa jajeczkowania, stanowi podług Pflügera drobne bodźce, które sumując się, wywołują wreszcie, drogą odruchu, bardzo znaczne przekrwienie czynne (*Congestio, Fluxio*) do narządów małej miednicy. Przekrwienie to, poprzedza na dłuższy lub krótszy czas pojawienie się krwawienia miesięcznego, jak tego dowodzi często pojawiające się uczucie gorąca, i prężenia w miednicy, parcie na mocz, zwiększona soczystość części płciowych, i zwiększona wydzielina śluzu. Pod wpływem tego przekrwienia, powstaje przerost błony śluzowej macicy, naprostowanie się jej nagięcia fizjologicznego (*Erectio uteri*), powiększenie się jajników, a w końcu, na wysokości tych objawów, pojawia się odpływ krwawy.

Jajeczkowanie, zdaje się, w wielu przypadkach, znacznie wyprzedzać pojawienie się pierwszego miesiączkowania, jak tego dowodzą opisane objawy przekrwienia, na które okresowo uskarżają się dziewczęta jeszcze nie miesiączkujące, jakoteż i udowodniona możność zastąpienia przed pierwszym miesiączkowaniem. Wreszcie przekrwienie może nie osiągnąć takiego stopnia aby nastąpiło krwawienie, mimo to, że jajeczkowanie odbywa się właściwym trybem, na co mamy dowód na kobietach które zastępują i rodzą nie miesiączkując prawie nigdy.

Miesiączkowanie powraca prawie w jednakich odstępach czasu. Cóż zatem jest przyczyną tej okresowości?

Bardzo byłoby ponętne, opierając się na teorii Pflügera przypuścić, że co 4 tygodnie dojrzewa pęcherzyk Graafowy, który jako bodziec, wywołuje odruch, objawiający się przekrwieniem i krwawieniem: Przypuściwszy taką okresowość w jajeczkowaniu, tem samem wytlómaczylibyśmy i okresowość miesiączkowania. Poszukiwania Leopolda<sup>1)</sup> jednak dobitnie wykazały, że pęcherzyki Graafowe ciągle dojrzewają i pękają tak w czasie miesiączkowym, jak i w okresie międzymiesiączkowym, z czego wynikałoby, że i zastąpienie w każdym czasie nastąpić może.

Wiadomo, że po pęknięciu pęcherzyka Graafowego, ściany jego zapadają się w powstałą próżnię a z powierzchni wewnętrznej, obficie buja ziarnina pokryta komórkami ziarninowemi, które szybko ulegają stłuszczeniu, przez co cała powierzchnia pęcherzyka przybiera zabarwienie żółte. Stąd też pochodzi nazwa, ciało żółte (*Corpus luteum*) którą oznaczamy pęknięty pęcherzyk Graafowy, znajdujący się w stanie przeobrażenia tłuszczowego.

Otóż Leopold rozróżnia dwa rodzaje ciałek żółtych t. j. ciała typowe i nietypowe. Typowe powstają wówczas, gdy pęknięcie pęcherzyka, co do czasu, zejdzie się z nawałem miesiączkowym. Wtenczas bowiem, dojrzały pęcherzyk napełnia się bardzo silnie krwią (*Blutfollikel*), a po pęknięciu, potrzebuje 3—4 tygodni czasu do zupełnego zaciągnięcia się, czyli zorganizowania, gdy ciała żółte nietypowe, pochodzące z pęcherzyków pękniętych w czasie międzymiesiączkowym, potrzebują tylko 8—14 dni do zupełnego przeobrażenia się, i pozostawiają po sobie ślad, bardzo mały.

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XIII. i *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. IX.

Zejsście się zatem miesiączkowania z pęknięciem pęcherzyka Graafowego, czyli zejsście się miesiączkowania z jajczkowaniem, jakkolwiek zwykle się wydarza (z powodu ciągłego jajczkowania obu jajników i z powodu ułatwienia pęknięcia pęcherzyka przez nawał miesiączkowy), to jednak niemogą, jako wyjątek, uderzać nas przypadki, w których na zwłokach kobiet zmarłych w czasie miesiączkowania, nie znajdujemy świeżego ciałka żółtego odpowiadającego ostatniemu okresowi miesiączkowemu. Wówczas bowiem nie było na tyle dojrzałego pęcherzyka, któryby mógł już, pod wpływem nawału miesiączkowego pęknąć, a ten który pękł poprzednio np. 8—10 dni temu, jako nietypowy, przeobraził się szybko, i pozostawił bardzo nieznaczny ślad.

Jakkolwiek więc jajczkowanie i miesiączkowanie o tyle schodzą się ze sobą o ile, na drodze odruchu, powstający nawał miesiączkowy przyspiesza dojrzewanie i pęknięcie pęcherzyka i wywołuje zmiany w błonie śluzowej macicy które prowadzą następnie do krwawienia, to obie te sprawy mogą, co do czasu, odbywać się niezależnie od siebie, czyli innemi słowy, że w sprawie odbywającej się w jajnikach, nie mamy żadnych danych, dla wytłómaczenia okresowości krwawień miesięcznych.

Różnymi czasy, silono się na hipotezy, które po dłuższem lub krótszem trwaniu upadały, pomimo to, że z ich pomocą niektóre sprawy dawały się lepiej tłómaczyć. Reichert<sup>1)</sup> i Löwenhardt<sup>2)</sup> jakoteż Kundrat i Engelmann<sup>3)</sup>, szukają przyczyny okresowości w ciągłej czynności błony śluzowej macicy, która od czasu do czasu wytwarza błonę doczesną (*Decidua menstrualis*) gotową na przyjęcie jajka. Jeżeli jajko zostanie zapłodnione, to wytwarza się w dalszym ciągu doczesna ciąża; jeżeli nie, to następuje jej stłuszczenie, odtrącenie i krwawienie miesięczne. Pojmują oni zatem czas przed pojawieniem się krwawienia jako ciążę niezapłodnionego jajka, a krwawienie, jako jego poronienie.

Podług Löwenthala<sup>4)</sup>, jajeczko umieszczone w fałdku błony śluzowej, ma przebywać i oczekiwać zapłodnienia w jamie macicy, i ono to ma stanowić ten bodziec, pod którego wpływem następuje przerost błony śluzowej. Jeżeli jajeczko nie zostanie zapłodnionem, to obu-

<sup>1)</sup> *Abhandlungen der Acad. d. Wissenschaften in Berlin Jahrg. 1873.* —

<sup>2)</sup> *Arch. f. Gyn. T. III. str. 456.* — <sup>3)</sup> *l. c. str. 429.* — <sup>4)</sup> *Arch. f. Gyn. T. XXIV.*

miara, poczem następuje stłuszczenie przerosłej błony śluzowej, jej rozpad i następowe krwawienie.

Słabą stroną tamtej i tej teoryi, jest stłuszczenie błony śluzowej, wywołane obumarciem jajka, tem bardziej, że stłuszczenie najprawdopodobniej jest sprawą następową, a nie pierwotną.

Robinson<sup>1)</sup> przypisuje zwojom nerwowym, ułożonym wzdłuż większych tętnic, blisko dna macicy, własności ośrodków dla okresowej czynności macicy. W przeciwieństwie do ich działania podniecającego, występuje hamujące działanie nerwów krzyżowych, rozgałęziających się w pochwie i w dolnej części macicy. Tu zatem przeważa wpływ nerwów rdzeniowych, gdy w macicy i jajnikach, okresowa czynność zwojów. Idąc za Lawson Tait'em, przypisuje on ważną rolę w sprawie miesiączkowania, ignorowanym dotychczas trąbkom, które, jak go przekonały doświadczenia na zwierzętach, posiadają własne ruchy, wydzielane z własnych zwojów. Odpowiednio zatem okresom miesiączkowania, obejmują trąbki swoimi strzępkami jajniki, i wtenczas tylko ruchami swymi zdolne są przeprowadzić jajeczko do jamy macicy, do której zatem dostaje się tylko jajko wydzielone w czasie okresu miesiączkowego, gdy każde inne marnieje, nie dostawszy się nawet do trąbek. Jajczkowanie nie jest zatem rytmicznym, lecz rytmiczną ma być czynność trąbek.

Pomimo to wszystko, przyczyna rytmiczności, nie jest docieczoną, i w definicyi tego objawu, musimy uciekać się do takiego ogólnika, jaki podaje Leopold<sup>2)</sup>, że „miesiączkowanie, jest objawem „typowym, właściwym ustrojowi kobiecemu, mającym swą przyczynę „w jajnikach, wyraz zaś zewnętrzny w macicy, a z powodu okresowości swej, zaliczamy je do rzędu takich rytmicznych objawów życiowych, jak oddechanie i tętnienie, których rytm pozostaje tak „mało wytlómaczonym, jak i okresy 4-ro tygodniowe krwawień miesięcznych“.

Wiek w którym miesiączkowanie zaczyna się pojawiać, zależnym jest od wielu względów, j. t.: od klimatu, rasy, warunków bytu, stopnia odżywienia i t. d. Ogólnie można twierdzić, że kobiety klimatu gorącego miesiączkują najwcześniej; mieszkanki północy najpóźniej; mieszkanki wielkich miast wcześniej niż mieszkanki wsi; żyjące w dobrych warunkach wcześniej niż ubogie; dobrze odżywione

<sup>1)</sup> *Automatic menstrual ganglia New York med. Journ.* LIII. str. 93. —  
<sup>2)</sup> l. c. str. 431.

wcześniej niż źle odżywione; umysłowo rozwinięte wcześniej niż nierozwinięte.

U nas najczęstszym wiekiem pokwitania bywa lat 15, a u wieśniaczek 16 <sup>1)</sup>. Podług Schlichtinga <sup>2)</sup> z 10522 zebranych przypadków, okazuje się najczęstszy początek miesiączkowania w 16 roku życia. Fizyologiczne granice pierwszego miesiączkowania, wypada oznaczyć na wiek od 12—17 lat.

Tak w jednym jak i w drugim kierunku, wydarzają się jednak wyjątki, które, z powodu ich krańcowości, zaliczamy do tak zw. wyryków natury, co szczególnie się odnosi do pojawienia się okresowego miesiączkowania u dzieci i niemowląt, a w literaturze znajdujemy bardzo wiele przypadków, mniej lub więcej wiarygodnych. I tak: Eröss <sup>3)</sup> miał obserwować miesiączkowanie u dziewczynki 4-ro dniowej; Van Derveer <sup>4)</sup> u 4-ro miesięcznej. Najwiarygodniejsze jednak, i najwięcej na uwagę zasługujące są te przypadki, w których obok zbyt wczesnego miesiączkowania, występuje olbrzymi wzrost i rozwój ciała, jak w przypadku Rhodes'a <sup>5)</sup>, w którym 9 letnia dziewczynka, posiadająca zupełnie budowę dorosłej, i wzgórek łożowy pokryty włosami, ważyła 120 funtów, jakoteż Diamanta <sup>6)</sup> u 6 letniej, ważącej 72 funty. Że i jajczkowanie tak wcześnie może się odbywać, dowodzi Prochownik <sup>7)</sup>, który u zmarłej 3 letniej dziewczynki, znalazł świeże ciało żółte. Stoeker <sup>8)</sup> zwraca uwagę na tę okoliczność, że dzieci takie, pochodzą zwykle z bardzo płodnych matek.

W innych znów przypadkach, może miesiączkowanie bardzo się opóźnić bez widocznych zбочeń ustrojowych. W przypadkach Löwy'ego <sup>9)</sup> pierwsze miesiączkowanie pojawiło się dopiero po szóstym porodzie w 31 roku życia, a w przypadku A. Marsa <sup>10)</sup> dopiero w 48 roku życia.

Pierwsze miesiączkowanie pojawia się najczęściej w miesiącach letnich (Rodsewicz <sup>11)</sup>).

---

<sup>1)</sup> Tyrchowski. Pamiętnik Tow. lek. Warszawskiego T. IV. — <sup>2)</sup> Arch. f. Gyn. T. XVI. str. 205. — <sup>3)</sup> Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. V. 1892. — <sup>4)</sup> Amer. Journ. of. Obstetr. 1892. <sup>5)</sup> Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. V. 1892. — <sup>6)</sup> Intern. klin. Bundschau 1888. Nr. 40 — <sup>7)</sup> Wallenstein — Inaug. Diss. Breslau 1886. — <sup>8)</sup> Correspondenzblatt f. schweizer. Aerzte. 1879. — <sup>9)</sup> Wiener med. Wochenschr. 1883. — <sup>10)</sup> Przegląd lekarski 1889. Nr. 9. — <sup>11)</sup> Wraczebne wiadomosci Petersburg 1881.

Odptyw krwawy, który zwykle pojawia się rano, trwa najczęściej 3—5—7 dni. Weber<sup>1)</sup> podaje 5 dni, jako przeciętne trwanie dla mieszkank Petersburga, a Queirel i Rouvier 4 dni dla Marsylii.

Pojedyncze okresy miesięczkowe bywają różnego trwania u jednej i tej samej kobiety. Forster<sup>2)</sup> podaje, że w 380 okresach miesięczkowych, badanych u 56 Amerykanek, tylko w 2 przypadkach trwanie miesięczkowania, było jednako długie. Oznaczenia takie nie zawsze mogą być ścisłe, gdyż zakończenie krwawienia nie zawsze bywa tak stanowczem, aby trwanie dało się ściśle oznaczyć, tem bardziej, że dość często po zupełnem ustaniu, w kilka lub kilkanaście godzin, krwawienie znów powraca. Na podaniach zaś o szczegółach miesięczkowania kobiet, szczególnie nieoświeconych, wcale polegać nie można.

Ilość utraconej krwi w czasie miesięczkowania, usuwa się umiejętną kontroli. Sims wnioskował tylko z ilości przemoczonych ręczników czy odpływ skąpy, czy średni, lub obfity; a chcąc już użyć jakiejś widoczniejszej miary, podaje Winckel, że, jeżeli odejdzie więcej niż 500 gr. krwi, to miesięczkowanie jest obfitem, a Schröder podaje jako średnią ilość 100—250 gr., co zresztą nietylko bywa indywidualnem, lecz różnem i w pojedynczych okresach miesięczkowych. Kobiety, u których pierwsza regularność pojawiła się późno, miesięczkują zwykle skąpo i krótko; podobnie mieszkanki północy; te zaś, które w krótkim czasie przebyły kilka porodów, miesięczkują obficie. U jednych ruch zwiększa odpływ miesięczny, u innych ten sam skutek ma spokój.

Krew miesięczkowa, miewa najczęściej nieprzyjemnie mdłą woń, a niekiedy nawet okazuje cuchnienie, bez zmian patologicznych w częściach płciowych.

Typ lub tor miesięczkowy czyli okresy powracania krwawienia, bywa 25—30 dniowy, a najczęściej 4-ro tygodniowy. Forster podaje, że w badanych przez niego 380 okresach miesięczkowych całkiem zdrowych kobiet, tylko 45 razy (12%) był okres 28 dniowy, a 225 razy (59%) okresy krótsze niż 28 dniowe, zaś 110 razy (29%) dłuższe. Weber podaje dla Petersburga typ 4-ro tygodniowy w 61% przypadków. Podniebie, dla typu miesięcz-

<sup>1)</sup> *St. Petersburg. med. Wochenschr.* 1883. — <sup>2)</sup> *Jahresb. ü. die Fortschr. auf dem Geb. der Geb. u. Gyn.* III. 1890.

kowego, niema takiego znaczenia, jak dla pojawienia się pierwszego miesiączkowania, chyba u mieszkanek podbiegunowych np. Laponek, u których Vogt<sup>1)</sup> podaje dwa przypadki miesiączkowania, raz na rok.

Wiek w którym miesiączkowanie ustaje zupełnie — wiek przejściowy, wiek zwrotu płciowego, (*Menopausa, Anni climacterici, Climacterium, Climax, Wechseljahre, Wechsel, Cessation des mois, âge de retour, âge critique, change of life*), bywa najczęstszym pomiędzy 45 a 50 rokiem życia. Fizyologiczne granice jednak, w obu kierunkach, podlegają znacznym wachaniom. Mieszkanki północy później ustają miesiączkować, jak również te kobiety, u których pierwsza regularność wcześniej się pojawiła. Podług Cohnsteina<sup>2)</sup> większa ilość przebytych porodów wpływa na opóźnienie zwrotu płciowego, jakoteż poród i karmienie pomiędzy 38 a 42 rokiem życia. Kobiety pracujące fizycznie i wieśniaczki, miesiączkują dłużej niż żyjące w lepszych warunkach. Trwanie miesiączkowania w ściślejszych granicach fizyologicznych, oznaczyć można na 28—37 lat, a trwanie średnie oznacza Cohnstein na 31, Bensenger na 32 lat.

Ustanie miesiączkowania, odbywa się powoli w 76% przypadków, a nagle w 24%. Najczęściej tak bywa, że około wieku zwrotu płciowego, okresy międzymiesiączkowe stają się dłuższe, lub miesiączkowanie ominie 1—2 okresów lub więcej, aby na nowo raz lub kilka razy wystąpić obficie lub skąpiej niż dawniej, lub wreszcie w zimowych miesiącach całkiem się nie pojawia, aby znowu wystąpić w letnich z torem nieokresowym, aż w końcu całkiem ustaje.

Okresu lat miesiączkowania nie możemy w całości uważać za okres płodności kobiecej, gdyż, w największej ilości przypadków, zdolność zastąpienia ustaje na kilka lat przed zupełnem ustaniem miesiączkowania, tak, że ilość kobiet rodzących po 40 roku życia jest już bardzo mała. Z tego się okazuje, że ustanie jajczkowania, albo też niezdolność wytwarzania jajeczek mogących być zapłodnionemi, znacznie wyprzedza ustanie miesiączkowania. Przypuszczać zatem należy, że nawał miesiączkowy istnieje jeszcze przez kilka lat, w obec bodźców minimalnych, lub bez nich, a wówczas musimy przyjąć pewne nawyknięcie ustroju do tych okresowych nawałów, które dopiero wtenczas ustają, gdy bodziec, t. j. jajczkowanie, już dłuższy czas nie istnieje.

<sup>1)</sup> Hirsch-Virchow. *Jahresbericht* 1870. — <sup>2)</sup> *Deutsche Klinik* 1873. Nr. 5.

**Objawy towarzyszące sprawie miesiączkowania.** Około wieku pojawienia się pierwszego miesiączkowania, występują i inne objawy dojrzałości płciowej j. t. powiększenie i zaokrąglenie sutków, porost włosów na wżgórku łonowym i na wargach wielkich, i przybytek tkanki tłuszczowej na tych ostatnich, przez co one ściśle do siebie przylegają i zupełnie zamykają srom. Od tego czasu rozpoczyna się zupełny rozwój macicy, która aż do 12 lub 13-go roku życia nie różni się prawie niczem od macicy noworodka. O udziale błony śluzowej w miesiączkowaniu, wspominaliśmy już; sam miąższ macicy staje się soczystszym, przez co ściany grubieją i nagięcie fizjologiczne wyrównywa się; podobnie grubieją i ściany trąbek i obrzmiewa ich błona śluzowa. Również i jajniki doznają powiększenia, tak, że poprzednio trudno przystępne badaniu, dadzą się w czasie miesiączkowania łatwiej wy badać, lub powiększenie to stwierdzić można bezpośrednio, jak o tem miałem sposobność przekonać się w podanym na str. 306 przypadku przepukliny macicznej i jajnikowej. Jajniki przybierają wówczas kształt więcej zaokrąglony, i stają się dotkliwzszymi. Błonę śluzową pochwy znajdujemy również przekrwioną, pulchniejszą, a wydzielinę jej obfitszą. Sutki zwykle nieco obrzmiewają, i często bywają za dotykiem bolesne, a kobiety miesiączkujące uskarżają się często na przelotne strzykające bóle w sutkach.

W ścisłym związku z miesiączkowaniem pojawiają się pewne zaburzenia w ustroju, tak, że tylko rzadko się wydarza, aby kobiety miesiączkujące nie uskarżały się na rodzaj ogólnego niedomagania i przypadłości, którym zbywa przyczyny patologicznej, zatem właściwe samej sprawie miesiączkowania. Największa ilość przypadków daje się odnieść do zaburzeń w krążeniu, zatem do miejscowych przekrwień lub niedokrewności, czyli do angiopatycznych spraw ośrodków nerwowych, skóry i trzewiów. Stąd też pochodzą: podwyższona wrażliwość i drażliwość na bodźce zewnętrzne, bóle głowy często połowiczne które towarzyszą początkowi lub końcowi okresu miesiączkowego, nerwobóle, świąd skóry w ogóle, lub sromu, uczucie pełności i ciśnienia w miednicy, bóle ciągnące w krzyżach i pachwinach, nudności, czasem wymioty, ślinotok, zmiany apetytu, rozwolnienie, nawet u kobiet zresztą cierpiących nawykowe zaparcie stolca, a u histeryczek występuje najczęściej zaostrzenie objawów, globus, drgawki

1) Volkmann. *Samml. Klin. Vorträge* Nr. 312. 1888.



i t. d. Börner<sup>1)</sup> zwraca uwagę na ograniczone obrzmienia skóry w okolicach stawów, i na zwiększony „turgor“ całych powłok.

W końcu występować mogą jeszcze objawy dodatkowe, będące w ścisłym związku z miesiączkowaniem. Senator<sup>1)</sup> zwrócił uwagę na lekką, kilka dni trwającą żółtaczkę, którą pojmuje jako *Icterus hepatogenus*, z powodu przekrwienia wątroby. Róża (*Erysipelas*) ma podług Rouviera<sup>2)</sup> dość często się pojawiać, a szczególnie u kobiet otyłych, czego u nas nie miałem sposobności potwierdzić. Zmiany na skórze j. t. wyprysk (*Eczema*), trądzik (*Acne*), liszaj (*Herpes*), pokrzywka (*Urticaria*), świerzbiączka (*Prurigo*), rumień (*Erythema*), plamica (*Purpura*), wybroczyny podskórne (*Ecchymoses*), osutka (*Exanthema*), nie rzadko się wydarzają w okresach miesiączkowych. U jednej z moich pacjentek, poprzedzają stale pojawienie się miesiączkowania plamy sino czerwone na skórze ud i pleców, pochodzące z sieci rozszerzonych naczyń, bardzo bolesne za dotykaniem, po których pozostaje następnie złożony barwik przechodzący przeobrażenie sińcom właściwe. U histeryczek uważano jasną ślepotę (*Amaurosis*), i chwilowe niedowidzenie (*Amblyopia*), które latami całemi powtarzały się bez zmian w oczach, a w końcu i rozległe wybroczyny w siatkówce, z następnem ociemnieniem (Mayer<sup>3)</sup>). Pajot widział wybroczynę w przedkowej komórce oka.

O wpływie jaki ma miesiączkowanie na choroby narządu płciowego, i jak one znowu wpływają na miesiączkowanie, odsyłamy do odnośnych rozdziałów.

Stalsze i znaczniejsze zaburzenia niż te które mogą towarzyszyć miesiączkowaniu, występują w okresie zwrotu płciowego, i trwać mogą jeszcze przez dłuższy czas, po zupełnem ustaniu miesiączkowania. W braku nawału miesięcznego do narządów małej miednicy, powstają nawały w innych częściach układu naczyniowego. Najczęstszym objawem bywają bóle i zawroty głowy, szum i dzwonięcie w uszach, nagłe zaczerwienienia twarzy i szyi, uczucie nieznośnego gorąca w całym ciele, nagłe poty, przeczulice, pieczenie dłoni i podeszew, swędzenia, nerwobóle, bezsenność, niepokój i przygnębienie umysłowe. Zaduma często pojawia się dopiero w wieku zwrotu płciowego (*Melancholia climacterica*) (Bruant<sup>4)</sup>). Częste przekrwienia skóry prowadzić mogą

<sup>1)</sup> Berlin. klin. Wochenschr. 1872. — <sup>2)</sup> Annales de Gynécologie. 1879. —

<sup>3)</sup> Beiträge der Ges. für Geb. Berlin. 1875. — <sup>4)</sup> De la melancholie, survenant à la ménopause. Thèse. Paris. 1888.

do stałych zmian chorobowych tejże, a przekrwienia zastępcze innych narządów, mogą osiągnąć takiego stopnia, że powstają w nich krwawienia, o czym później będzie mowa. Wobec braku odpływu miesięcznego, przez długi czas jeszcze mogą istnieć dolegliwości miesięczkowe (*Molimina menstrualia*) j. t. uczucie gorąca i bólu w dolnych częściach. Nierzadko też pojawia się uporczywy świąd sromu (*Pruritus vulvae*) i niepohamowany, trudny do zadowolenia, popęd płciowy.

Podobnie jak zupełny rozwój części płciowych zależnym jest od prawidłowej czynności jajników, tak i ustanie tej ostatniej, prowadzi do zaniku całego narządu płciowego, o czym obszerniej była mowa na str. 172. O właściwym wiekowi zwrotu płciowego zapaleniu pochwy, odsyłałyśmy do str. 104.

Jako dalsze skutki zwrotu płciowego, występuje często skłonność do tycia i pewne cechy męskości, objawiające się zmianą usposobienia, niższym głosem i pojawieniem się niekiedy zarostu na wardze górnej, i na brodzie.

**O zachowaniu się w czasie prawidłowego miesiączkowania.** Miesiączkowanie jest wprawdzie aktem fizyologicznym, pomimo to jednak wymaga pewnej dyetetyki, gdyż doświadczenie poucza nas, że dużo spraw nieżytych i zapalnych, można z pewnością odnieść do błędów w zachowaniu się w czasie okresu miesięczkowego.

Szczególnie szkodliwymi są: ruch gwałtowny, czyli zmęczenie fizyczne i zaziębienia. Dlatego też największym błędem dyetetycznym w czasie miesiączkowania jest taniec, t. j. sposobność do silnego znużenia fizycznego połączonego z bezsennością, zwykle z silnym ściśnięciem gorsetem, i często z nawykowem zatrzymywaniem moczu. W mojej 20 letniej praktyce, wydarzyło mi się raz jedyny tylko, że matka zapytywała mnie, czy córka „może iść na bal w czasie regularności, i usłuchała mojej rady, aby tego zaniechała. Tak wiele bowiem pozornie ważnych wpływów jest tu w grze, jak: zawód, obawa aby się przyczyny nie domyślano, a w końcu i suknia balowa, że względy tylekroć ważniejsze jakiem jest zdrowie, muszą przycichnąć. To samo co o tańcu, odnosi się i do ślizgawki, jazdy konnej i rozmaitych gier połączonych z gwałtownymi ruchami. Ostrożności te jeszcze są ważniejszymi w czasie pierwszych miesiączkowań i nierzadko też zdarza się, że dolegliwości miesięczkowe i nieżyt pochwy i macicy u pańien, datują się od błędów w czasie pierwszej regularności. Jest prócz tego jeszcze jedna moda szkodliwa, mianowicie podróże poślubne, w których bez względu na regularność, robi się

męczące wycieczki po górach, zwiedza forsownie miasta, ich zbiory, galerie i t. p.

Rozumie się samo przez się, że spółkowanie w czasie regularności, jest bardzo silnym bodźcem zwiększającym nawał, i tem samem szkodliwem. Że ta uwaga nie jest zbytęzną, dowodzą małżeństwa, które same przyznają się do tego błędu.

Męzatom lub takim które już rodziły, można śmiało polecić letnie wstrzykiwania na 25—27° R. raz lub dwa razy dziennie w czasie regularności, gdy wydzielina jest cuchnącą, aby krew w pochwie nie zatrzymywała się i nie rozkładała.

Co do zachowania się lekarzy w czasie regularności pacjentek i przed nią, to trzeba przyjąć za zasadę, że wszelkie manipulacje, szczególnie w jamie macicznej, tuż przed regularnością, a tem bardziej w czasie regularności, wpływają szkodliwie na jej przebieg. Dlatego też lekarz, który ma cokolwiek przedsięwziąć w celu leczenia, powinien zawsze zapytać się chorej kiedy była ostatnia regularność, a względnie, kiedy ma nastąpić. Wyjątek zaś stanowią te przypadki, w których badanie właśnie w czasie regularności, z powodu rozwarcia i rozpulchnienia szyi macicznej, może dać cenne wyniki, mianowicie w razach włókniaaka podśluzowego lub polipa włókniakowego jamy macicy (patrz str. 328).

Co do zażywania leków, i picia wód mineralnych, to zasada aby wszystkiego zaniechać, jest przesadzoną. Wyjątek stanowią tylko leki silnie podniecające krążenie, zatem i napoje wysokokowe i leki udowodnionego wpływu na naczynia i mięśnie, jak sporysz i podobnie działające. Odnosi się to i do kąpieli nieobojętnych z powodu ich ciepłoty, zatem rzecznych, morskich, i procedur hydropatycznych.

## Nieprawidłowości miesiączkowania.

### Brak miesiączki. Amenorrhoea.

**Przyczyny.** Fizjologicznie, jak wiadomo, nie pojawia się miesiączkowanie w czasie ciąży i karmienia. Lecz i tu wydarzają się wyjątki, tak, że w pierwszych miesiącach ciąży pojawia się, niekiedy zupełnie okresowo, skąpy odpływ krwawy. Uchodzi to w ogóle za nieprawidłowość mającą swą przyczynę w zmianach patologicznych, lecz najczęściej nie ściśle określonych. U karmiących, bez żadnych zmian chorobowych, może już w pierwszych miesiącach pojawić się

miesiączkowanie, i trwać okresowo lub nieokresowo przez czas karmienia.

Poza okresem ciąży i karmienia, najczęstszymi przyczynami braku miesiączki, bywają choroby i nowotwory jajników, zapalenia i wypociny okołojajnikowe, jakkolwiek niezawsze, i niedostateczny rozwój i zanik narządów płciowych. Zaliczamy tu i moczówkę cukrową (*Diabetes mellitus*), której często towarzyszy zanik jajników.

Tu jednak mowa będzie tylko o braku miesiączki niepolegającym na tych wybitnych zmianach chorobowych. Dlatego też nie zaliczamy do tego rozdziału przypadków, gdy wydzielina krwawa występuje do jamy macicy, lecz z powodu przeszkód (zrosty szyi macicznej, pochwy, lub błony dziewiczej) nie może odpłynąć na zewnątrz.

Jako główną przyczynę braku miesiączki, bez zmian namacalnych, przyjąć musimy albo niedostateczne jajczkowanie, lub brak jajczkowania, albo też tak mały nawał miesiączkowy, że do krwawienia nie przychodzi, a w końcu, zaburzenia w innerwacji.

Przypadki, w których brak miesiączki jest stałym, całe życie trwającym, bez zmian utworowych części płciowych, są nader rzadkie. Czasowo może ustać miesiączkowanie z rozmaitych przyczyn. Najczęstszymi są zmiany w składzie krwi, pierwotne lub następowe.

W okresie rozwoju płciowego, po pierwszych kilku lub kilkunastu miesiączkach, bardzo często wywiązuje się blednica (*Chlorosis*) i miesiączkowanie staje się wówczas nieokresowem, omija pojedyncze okresy, a w końcu ustaje zupełnie. Także i po sprawach wyniszczających j. t. ciężkich połogach, durze, krwawiacze, cholera, przez dłuższy czas nie pojawia się miesiączkowanie, a w razach gruźlicy płuc, najczęściej bywa nieokresowem lub całkiem ustaje. Po operacjach połączonych ze znaczną utratą krwi, krwotokach, również przez długi czas może ustać miesiączkowanie. Winckel obserwował brak miesiączki trwający kilka lat, po krwotoku tętniczym w czasie operacji na części pochwowej. Roller<sup>1)</sup> i Lutaud<sup>2)</sup> podają, że morfina ma wybitny wpływ na ustanie regularności, tak, że u morfinistek brak regularności, lub regularność skąpa, nieokresowa, należy do częstych objawów, co u 4-ch znanych mi morfinistek tylko raz stwierdziłem.

Dość często spotykamy się z bardzo skąpem miesiączkowaniem (*Oligomenorrhoea*) i w końcu zupełnem ustaniem, u młodych kobiet,

<sup>1)</sup> *Berl. klin. Wochenschr.* 1888. — <sup>2)</sup> *Arch. de Tocologie*, 1887.

okazujących, obok bardzo zdrowego wyglądu, wielką skłonność do tycia, którego przyczyną zwykle bywa, już poprzedzający brak miesiączki, zanik jajników.

Niemalęgo znaczenia na ustanie miesiączkowania bywają pewne poruszenia i wzruszenia umysłowe, czyli wpływy psychiczne (*Amenorrhée par causes psychiques*. Raciborski<sup>1</sup>). Dość często bowiem wydarza się, że z gorącego pragnienia potomstwa i oczekiwania ciąży, miesiączkowanie na kilka miesięcy ustaje i pojawia się dopiero wówczas, gdy lekarz, ku wielkiemu zdziwieniu wrzekomo ciężarnej i jej otoczenia, stanowczo zaprzeczy istnieniu ciąży. Podobnie może nie być miesiączki z wielkiej obawy przed ciążą u kobiet niezamężnych lub zamężnych, obawiających się ciąży z nielegalnych stosunków wynikłej. Ciekawy szczegół podnosi Schröder<sup>2</sup>), że 57% uczennic szkoły akuszerki cierpi na brak miesiączki bez zmian chorobowych. Przypisuje on ten objaw trwałej czynności umysłowej, kobiet do pracy umysłowej nie przywykłych i obawie przed egzaminami. Po przestrachu może miesiączkowanie na dłuższy czas ustać, a w chorobach umysłowych, nieokresowość lub brak miesiączki jest objawem bardzo częstym, zaostrażającym cierpienie, gdy pojawienie się obfitego miesiączkowania wywiera wpływ korzystny (Schröter<sup>3</sup>). Brak miesiączkowania towarzyszy często także rozległym porażeniom pochodzącym z przyćmy osrodkowych, jak to ponownie stwierdza Petit<sup>4</sup>).

Brak miesiączki następuje w ten sposób, że staje się ona z każdym okresem skąpszą, aż w końcu ustaje się pojawiać, lub od razu nie pojawia się w okresie który następuje po prawidłowo przebytej regularności, albo też następuje nagła przerwa krwawienia w toku będącego, (*Suppressio mensium*), poczem w kilku okresach miesiączkowych nie pojawia się, jak to najczęściej bywa po wzruszeniach umysłowych, przeziębieniu, pojawieniu się chorób ostrych innych narządów lub chorób zakaźnych. Jako bezpośredni skutek takiego nagłego przerywania miesiączki, mogą wystąpić objawy nawału do innych narządów, a nawet ostry obłęd, który po pojawieniu się krwawienia, w krótkim czasie ustępuje (Mayer<sup>5</sup>).

---

<sup>1</sup>) *Archiv. général* 1865. — <sup>2</sup>) *Beitr. zur Path. der Menstr.* 1885. — <sup>3</sup>) *Ueber das Verhalten der M. bei Psychosen. Beitr. der Ges. f. Geb.* 1874. — <sup>4</sup>) *Des rapports de la Paralyse générale chez la femme, avec certains troubles de la Menstruation. Thèse de Paris* 1887. — <sup>5</sup>) *Menstr. im Zusammenhang mit psychischen Störungen. Beitr. der Ges. f. Geb.* Berlin 1872.

Niekiedy wobec trwałego braku miesiączki lub nawet po jednorazowej przerwie, pojawiają się krwawienia z innych narządów. Jeżeli występują one stale w okresach miesięczkowych, wówczas przypisujemy im znaczenie krwawień zastępczych, czyli miesiączki zastępczej (*Menstruatio vicaria*). W oceniu jednak, czy jakieś krwawienie jest czysto tej przyrody, należy być bardzo ostrożnym i nie łatwo każdemu krwawieniu, pojawiającemu się w okresach miesięczkowych, przypisywać to znaczenie; a o wiele bezpieczniej jest przypuszczać z Gallardem<sup>1)</sup>, że tak zwane krwawienia zastępcze występują w narządach już niezupełnie zdrowych. Głównie zaleca się ta ostrożność, gdy się rozchodzi o krwawienie z płuc i nerek, aby lekkomyślnie nie pojmować tegoż jako zastępcze. W przypadkach z mojej praktyki, zawsze po krwotoku płucnym, wrzekomo zastępczym, pojawiała się gruźlica płuc.

Najczęściej krwawienia zastępcze pojawiają się z błony śluzowej nosa. Inne narządy są bardzo licznie reprezentowane w literaturze j. t. wymioty krwawe, krwotoki z odbytnicy i guzów krwawnicowych, z przewodów ucha zewnętrznego, z sutków, z wrzodów skórnych i z palców rąk lub z kilku narządów naprzemian (Groer<sup>2)</sup>. Prócz tego występować mogą wybroczyny w skórze jako sińce lub w postaci krwawych pęcherzów (Chaussit<sup>3)</sup>.

W końcu zamiast zastępczych krwawień istnieć może zwiększona wydzielina gruczołów i błon śluzowych j. t. ślinotok i wydzielina mleka z sutków (Mitschell<sup>4)</sup>, lub też upławy mogą się tak widocznie zwiększyć w czasie okresów miesięczkowych, że odpływowi niekrwawemu Francuzi dają nazwę „*Règles blanches*“.

**Rozpoznanie** polega na wykluczeniu ciąży i dokładnem badaniu ogólnem i ginekologicznem, w celu wykrycia przyczyny braku miesiączki.

**Rokowanie** w największej części przypadków jest dobrem. Odnosi się to szczególnie do braku miesiączki pochodzącego z blednicy, ostrych chorób wyniszczających i następującego po znacznych utratkach krwi, jakoteż do tych przypadków, w których brak miesiączki rozpoczął się nagłym jej przzerwaniem (*Suppresio*). Złe najczęściej jest rokowanie, gdy u osób młodych, dobrze odżywionych, u któ-

<sup>1)</sup> André Petit. Wykłady Gallarda. Paryż. 1885.—<sup>2)</sup> Gazeta Lekarska. 1874. — <sup>3)</sup> *Gazette des hôpitaux* 1866. — <sup>4)</sup> *Jahresbericht über die Fortschr. auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn.* I. 1887.

rych pierwsze miesiączkowanie późno się pojawiło, odpływ krwi staje się coraz skąpszym, a objawowi temu towarzyszy pierwotna niepłodność i tycie, gdyż wówczas bywa przyczyną braku miesiączki zły rozwój lub wczesny zanik jajników.

**Leczenie.** Jeżeli przyczyną braku miesiączki jest niedokrewność, blednica, osłabienie po chorobach wycieńczających, to najlepszym jest leczenie wzmacniające j. t. stósowne pożywienie, dobre powietrze, umiarkowany ruch. pobyt w górach lub nad morzem, a z leków, szczególnie przeciw blednicy, żelazo i to najlepiej *Ferr. sulf. oxydulat.* w postaci pigułek Blauda. Usiłowanie wywołania krwawień miesięcznych, tak zwanymi lekami namiesięcznymi (*Emmenagoga*) jak: alona, sawina, szafran lub wstrzykiwaniami ciepłymi, moczeniem nóg w gorącej wodzie i t. p. byłoby w tych przypadkach po prostu błędem lekarskim, gdyż tu nie rozchodzi się o wywołanie krwawień, które dla podupadłego lub wycieńczonego ustroju mogłyby być przez sam ubytek krwi szkodliwymi, lecz o poprawę odżywienia, a tem samem i jajczkowania, z którym w parze pojawi się i miesiączkowanie.

Jeżeli rozchodzi się o przypadki, w których odżywienie jest dobre, a pomimo to odpływ miesięczny zmniejsza się lub całkiem ustaje, wówczas przypuszczamy niedostateczne odżywienie części płciowych, lub niedostateczny nawal miesięczny i staramy się o zwiększenie go. Ku temu celowi służą liczne środki, których w danym razie kolejno używać możemy. Prócz powyżej wspomnianych leków namiesięcznych, w ostatnich kilku latach trzem szczególnie przypisują działanie prawie swoiste, mianowicie: nadmanganezanowi potasowemu (*Kali hypermanganicum*), Apiolowi i Indychtowi. Nadmanganezan potasowy szczególnie polecany przez Korotkiewicza<sup>1)</sup>, Boldtsa<sup>2)</sup> i Stefensona<sup>3)</sup>, podaje się w dawkach po 2 gramy; Apiol, w kapsułkach po 0,02 wyrobu Joret et Homolle poleca Delmis<sup>4)</sup>, a Indycht (*Indigo*) miał Johnsovi<sup>5)</sup> w 13 przypadkach dać 12 uleceń. Przepis jego brzmi: *Bp. Indigo 60,0 Bismuthi subnitrici 15,0 DS.*, 3 razy dziennie łyżeczkę od kawy w  $\frac{1}{3}$  szklance wody. Wybitnego, a szczególnie trwałego skutku po żadnym z tych środków nie widziałem.

<sup>1)</sup> *Russkaja Medicina* 1887. Nr. 15. — <sup>2)</sup> *Jahresbericht üb. die Fortschr. auf dem Geb. der Geb. u. Gyn.* I. 1887. — <sup>3)</sup> *Brit. med. journ.* 1889. — <sup>4)</sup> *L'abbelle med.* 1891, — <sup>5)</sup> *Jahresb. üb. die Fortschr. auf dem Geb. der Geb. u. Gyn.* V. 1892.

Działanie leków znacznie wspierają ciepłe wstrzykiwania i kąpiele nasiadowe, szczególnie na kilka dni przed domniemanym okresem miesięczkowym stósowane, jeżeli obliczyć go można w przybliżeniu z daty ostatniej regularności.

Jeżeli brak regularności wywołuje objawy nawału (*Congestio*) do innych narządów, mianowicie bóle głowy, zawroty, zaczerwienienie twarzy, a części rodne znajdujemy w stanie przekrwienia, to poleca się zastąpić brak odpływu miesięcznego, powtarzaniem co tydzień nacięciami lub nakłuciami części pochwowej.

Apostoli a za nim ostatnimi czasy Devenport<sup>1)</sup>, Currier<sup>2)</sup> i inni, polecają elektryczność już to jako prąd stały, siły 15 — 40 M. A. z czynną katodą, lub jako przerywany (*Faradisatio*). Kilka przypadków przezemnie w ten sposób leczonych, nie zachęciły mię do stósowania, z powodu braku jakiegokolwiek skutku. Również bezskutecznie używałem mięsienia sposobem Thure Brandta.

#### Zbyt obfite miesięczkowanie i krwotoki miesięczne. Polymenorrhoea et Menorrhagiae.

Gdy nie posiadamy właściwej miary na ilość krwi w czasie prawidłowej miesięczki utraconej, to i za silne miesięczkowanie jest pojęciem nie ściśle ograniczonym i bywa często względnem. Bywają wprawdzie tak obfite krwawienia miesięczne, że, bez względu na stan ogólny chorej, musimy je uważać za przekraczające prawidłową miarę, gdy w innych przypadkach oceniamy je podług szkodliwego wpływu, jaki wywierają na ustrój. I tak, u kobiet źle odżywionych, niedokrewnych, krwawienie mało co przekraczające miarę zwykłą, może wywołać objawy zbytnej utraty krwi, gdy u dobrze odżywionych, znaczniejsze nawet utraty krwi nie przynoszą widocznej szkody.

**Przyczyny.** Podobnie jak w rozdziale o braku miesięczki, tak i w tym wykluczamy, jako przyczyny dające się wysledzić, choroby narządu płciowego jako to: niezbyt błony śluzowej, zapalenia macicy i części dodatkowych, zmiany położenia i nowotwory macicy, jajników i trąbek.

Z przyczyn ogólnych o wiele rzadziej wydarza się zbyt obfite miesięczkowanie, niż brak miesięczki i może towarzyszyć chorobom, których wybitnym objawem jest kruchość naczyń, jak: plamicy (*Mor-*

<sup>1)</sup> Frommel *Jahresbericht* T. V. 1891. — <sup>2)</sup> Tamże T. II. 1888.



*bus maculosus Werlhofii*), gnilcowi (*Scorbutus*), i krwawiące (*Haemofilia*). To w n s e n d<sup>1)</sup> podaje bardzo silny krwotok u 13-letniej dziewczyny, pochodzącej z rodziny krwawców. Bez tych przyczyn może się zbyt obfite miesiączkowanie wydarzać u źle odżywionych, tak samo jak u dobrze odżywionych, a względnie często u kobiet otyłych, cierpiących nawykowe zaparcie stolca. Z chorób pojedynczych narządów należy wymienić wady sercowe, jako przyczyny zbyt obfitego miesiączkowania z powodu przepełnienia układu żylnego, a z bodźców miejscowo drażniących podnieść samogwałt, zbyt częste spółkowanie i sztuczne przedłużanie tego aktu, używaniem kondona.

**Objawy i przebieg.** Zbyt obfite miesiączkowanie objawia się bezwzględnie lub względnie za wielką utratą krwi w czasie okresu miesiączkowego (co najczęściej same chore najlepiej potrafią ocenić) jako też zbyt długim trwaniem odpływu i powracaniem regularności w skróconych terminach (*Menstruatio antepoens*). Największa część chorych podaje zbyt obfite krwawienie w końcu drugiej lub w czasie trzeciej doby miesiączkowania, jak również często podają odpływ krwi w postaci skrzepów lub nagłe krwawienie i wysunięcie się skrzepu większego w chwili oddawania moczu, a każda prawie chora podaje uczucie osłabienia i brak sił, jako bezpośredni skutek zbyt obfitej miesiączki. W przypadkach gwałtownych, krwotok miesięczny może wywoływać objawy ostrej niedokrewności, jako to: nagłe zblednienie, zimne kończyny, widzenie płatków przed oczami i omdlenia.

**Rozpoznanie** polega na wykryciu przyczyny zbyt obfitego miesiączkowania. Im dokładniejsze jest badanie części płciowych, tem rzadziej odnosimy tę nieprawidłowość do przyczyn ogólnych.

**Rokowanie** zawisłem jest od tego, czy przyczyny zbyt obfitego miesiączkowania dają się usunąć lub nie. Zważywszy jednak, że i do objawowego leczenia posiadamy środki dzielnie działające, to rokowanie jest, ze względu na powstrzymanie zbyt obfitej wydzieliny, dobrem.

**Leczenie.** W przypadkach, w których brak widocznej przyczyny, dbać należy o regularne wypróżnienia, oraz zalecić chorym pędzącym życie siedzące mierny ruch, czyli codzienny spacer. Jeżeli zbyt obfite miesiączkowanie występuje obok nadmiernej otyłości, wówczas należy leczenie skierować przeciw tej ostatniej, stósowną dietą, a w porze letniej leczeniem w Marienbadzie.

<sup>1)</sup> *Jahresbericht über die Fortschr. auf dem Geb. der Geb. u. Gyn.* T. IV. 1891.

Jeżeli u pańien zbyt obfite miesiączkowanie trwa uporczywie, nie należy długo zwlekać z dokładnem badaniem części płciowych przez pochwę i odbytnicę, gdyż świeżo mam w pamięci przypadek, w którym je długo bezskutecznie leczono, a badanie wykazało jako przyczynę krwotoków miesięcznych, istnienie włókniaka macicznego.

Z leków, w okresie międzymiesiączkowym, poleca się podawanie sporyszu (patrz str. 330) lub *Extr. hydrast. canad.*, lub kombinację tych leków Rp. *Extr. hydrast. canad. fl. 30,0 Extr. secal. corn. aq. 2,00 DS.* Rano i na noc po 30 kropli, lub *Hydrastininum muriat. 0,025 2 — 3* razy dziennie. W czasie miesiączkowania poleca się chorym leżenie w łóżku, a gdy mimo to obfity odpływ trwa dalej, polecamy zimny okład lub worek z lodem na podbrzusze, ściśle wytamponowanie pochwy w sposób wiadomy (patrz. str. 336) i podanie jednej dużej dawki tj. 1,00 naraz *Extr. secal. corn. aq.* Gdyby pomimo to istniała obfita przesączyna, uciekamy się do wstrzykiwań wodą lodową lub gorącą. Tak jednej jak i drugiej należy naraz wstrzykiwać kilka litrów, gdyż mała ilość może właśnie powiększyć przekrwienie. Kisch podał w tym celu oziębiacz pochwy, przez który bezustannie przepływa zimna woda. Do gorących wstrzykiwań należy użyć wody mającej 37 — 40° R. Jeżeli środki podane okażą się bezskutecznymi, nie należy długo zwlekać z użyciem środków działających bezpośrednio na błonę śluzową; należy zatem rozszerzyć szyję maciczną i wstrzyknąć *liq. ferri sesquichlor.* Gdyby pomimo to zbyt obfite krwawienie pojawiło się w następnym okresie miesiączkowym, należy przed wstrzykiwaniem wykonać próbę wyskrobania błony śluzowej jamy macicy.

### Bolesne miesiączkowanie. Dysmenorrhoea.

**Przyczyny, objawy i przebieg.** Dotychczas poznaliśmy już wiele stanów chorobowych macicy, będących przyczyną bolesnego miesiączkowania. W rozdziale zaś o miesiączkowaniu nadmieniliśmy już, że ono rzadko przebiega bez pewnych dolegliwości. Oddziaływanie zaś na te dolegliwości zależy od ich nasilenia i od wrażliwości chorych. Jeżeli zatem dolegliwości miesięczne występują jako dotkliwe bóle w każdym okresie miesiączkowym lub w kilku po sobie następujących okresach, tak, że kobiety miesiączkujące czują się z tego powodu niezdolnemi do zwykłych zajęć, wówczas mówimy o bolesnem miesiączkowaniu, którego rozróżniamy dwie formy; formę

kurczową (*Colica uterina*) i formę cechującą się bólami ciągnącymi, ciągłymi, tępymi w okolicy krzyżów i w podbrzuszu. Obie te postaci bólów mogą poprzedzać pojawienie się odpływu miesięcznego lub towarzyszyć mu. Lecz gdy w formie pierwszej chore często doznają ulgi po pojawieniu się krwawienia, to w drugiej formie trwają bóle przez 1 lub 2 pierwsze dni, a nawet przez cały okres miesiączkowy.

Kliniczny obraz pierwszej formy opisaliśmy już w rozdziale o zwięźeniu szyi macicznej jako tak zwaną *Dysmenorrhoea mechanica*, jakkolwiek przyczyna mechaniczna bardzo często nie jest jedyną. Występuje ona także wobec zmian położenia macicy i nowotworów zacieśniających przewód, jakkolwiek tu wspomnieć musimy, że i w tych stanach chorobowych chore częściej podają formę drugą. Najwięcej typowo występuje forma pierwsza po wstrzykiwaniu płynów drażniących w jamę macicy i u niektórych kobiet po ostrożnem nawet sondowaniu. Czasem bywa to bardzo widocznem, że kurczowe bóle maciczne polegają na kurczowem zacieśnieniu ujścia wewnętrznego, które nawet na wsuniętym pręciku blaszkownicy sprawia głębokie zasznurowanie. Dlatego też przypuścić możemy śmiało, że i częstą przyczyną kurczowej formy bolesnego miesiączkowania bywa odruchowy skurcz ujścia wewnętrznego a po wykluczeniu innych przyczyn, można przypisywać temu skurczowi bezskuteczność rozszerzenia lub rozcięcia szyi tem bardziej, że prawie zawsze w tych przypadkach mamy do czynienia z choremi o tle wybitnie nerwowem. Wydarza się też rzadko, aby histeryczki nie podawały bólów miesięczkowych i być może, że jak twierdzi Mitschell<sup>1)</sup> przeczulica błony śluzowej, istniejąca bez nieżytywych zmian, bywa przyczyną bolesnego miesiączkowania.

W pewnych przypadkach zmuszeni jesteśmy do przyjęcia przyczyny bolesnego miesiączkowania w nadmiernej wrażliwości macicy (*Hyperaesthesia uteri*), której powstanie tłómaczy Winckel w ten sposób jak powstanie pochwicy (*Vaginismus*), jako skutek drażnienia bez zadowolenia popędu płciowego. U dziewcząt mogą pojawić się po przestraszu, urazach mechanicznych, a wreszcie z samogwałtu najgwałtowniejsze bóle (*Neuralgia uteri*. Winckel), połączone z kurczami histerycznymi w czasie każdej miesiączki i mogą trwać całemi latami, a skutkiem zaburzeń współczulnych w trawieniu rychło pojawia się niedokrewność lub blednica.

<sup>1)</sup> *Jahresbericht über die Fortschr. auf dem Geb. der Geb. u. Gyn.* IV. 1891.

Bolesne miesiączkowanie towarzyszy przewłocznym stanom zapalnym mięszu i błony śluzowej macicy; najczęściej jednak stanom zapalnym okołomacicznym, a główną rolę odgrywa tu *Parametritis postica*, która nierzadko i u panien bywa przyczyną bolesnego miesiączkowania. Także stany zapalne samych jajników, a częściej okołojajnikowe i okołotrąbkowe, jak również i ucisk wywołany na jajniki przez otaczające je blizny po wypocinach lub niekorzystnem położeniu jajników poza macicą, bywa przyczyną bolesnego miesiączkowania. Winckel podaje jeszcze jako przyczynę *Varicocele parovarialis* i nerkę ruchomą czyli wędrującą (*Ren migrans*).

Priestley<sup>1)</sup> zwrócił uwagę na pojawiające się niekiedy okresowo i prawie w środku okresu miesiączkowego bóle międzymiesiączkowe (*Intermenstrual pain, Mittelschmerz*) i podaje następujące jego cechy: w kilku lub kilkunastu okresach międzymiesiączkowych, w 14 — 15 dni po ostatniej regularności, pojawiają się bóle o których chore podają, że są zupełnie takie same jakich doznają w czasie miesiączkowania, lecz trwają znacznie krócej niż tamte, a bólowi tym często towarzyszy zwiększona wydzielina śluzu czasem zabarwionego krwią. Części płciowe nie bywają wówczas prawie nigdy prawidłowe, a najczęstszą przyczyną tych bólów bywa przewłoczne zapalenie macicy, lub zapalenie okołojajnikowe, połączone z przyczepieniem i nieprawidłowem ułożeniem jajników. Jakkolwiek od czasu Priestley'a dużo podano przypadków bólu międzymiesiączkowego, to mimo to przypadki takie, które posiadałyby wyż wymienione cechy, należą do rzadkich; często bowiem chęć wyszukania czegoś nadzwyczajnego, której podlega wielu lekarzy, sprawia, że chore dają w siebie wmówić objawy, które albo całkiem nie istnieją, lub w bardzo małym stopniu i którychby wcale nie podały, gdyby je z pewnym naciskiem o to nie pytano.

Fehling w następujący sposób tłumaczy powstanie bólu międzymiesiączkowego: nawał miesięczny rozpoczyna się już na kilkanaście dni przed pojawieniem się krwawienia miesięcznego, to znaczy, wkrótce po zupełnem ustąpieniu obrzmienia błony śluzowej, pochodzącego od poprzedniej regularności. Istnieje zatem w samej połowie okresu międzymiesiączkowego taka chwila, gdy obrzmienie błony śluzowej całkiem ustąpiło i nowy nawał się rozpoczyna. Otóż wówczas, początek świeżego obrzmienia (przerostu) błony śluzowej, który u zdrowych niepostrzeżenie się odbywa, połączony jest z bólami u kobiet cierpiących na

<sup>1)</sup> *Brit. med. journ.* 1872.

przewłoczne zapalenie macicy, lub jajników, a bóle mają dlatego cechę tych, jakich chore zawsze doznają w czasie miesiączkowania.

**Rokowanie** o bolesnem miesiączkowaniu jest dobrem, gdy ono polega na przyczynach, które dają się usunąć lub złagodzić, a wątpliwem w przypadkach polegających na ogólnem tle nerwowem.

**Leczenie.** Dopóki przyczyna bolesnego miesiączkowania nie jest jasną, musi być leczenie czysto objawowem, i polega wówczas na spokojnem leżeniu w łóżku i to najlepiej jeszcze przed pojawieniem się krwawienia, a w czasie bólów zaleca się niskie ułożenie głowy, ciepłe okłady na podbrzusze i wzniecenie potów ciepłymi napojami i dobrem przykryciem. Najczęściej jednak musimy uciec się i do innych środków mianowicie narkotyków, środków przeciwnerwowych i t. p. Z pierwszych działa najenergiczniej podskórne wstrzyknięcie morfiny u chorych, o których wiemy, że środek ten dobrze znoszą; lub podajemy morfinę w czopkach, podobnie jak i makowiec, lecz ten ostatni w dawce przynajmniej 3 centigramów, którą powtarzać należy 2 — 3 razy dziennie. Dobrze także działa lewatywa z małej ilości wody, w której rozpuszczono 1 gr. Chloralu i 1 gr. *Natrium bromat*. Antipiryna w wielu stron zachwalana, często miewa skutek wybitny, lecz krótki, tak, że dawki muszą być powtarzane. Anglicy polecają bardzo *Tct. hyoscyam*, i *Tct. belladonnae*, a Hurd<sup>1)</sup> dodaje kamforę, podając ją w pigułkach razem z *Pulv. Doweri* i *Estr. hyoscyami*, jako środek specyficzny. Z innych środków wymienić należy *Cerium oxalat*, w dawkach 0,3 co godzinę i *Manganum hyperoxydatum v. M. oxyd. nigrum*, który O'Donovan<sup>2)</sup> poleca podawać przez dłuższy czas w dawkach 0,2 — 1,0.

W razach objawów przekrwienia macicy, często dobry skutek osiągnąć można upustami krwi zapomocą nakłuc lub nacięć części pochwowej przed pojawieniem się regularności.

O skuteczności prądu stałego i przerywanego, jakoteż mięsienia macicy i jej otoczenia, nic pewnego powiedzieć się nie da.

### **Miesiączka błoniasta. Dysmenorrhoea membranacea v. exfoliativa.**

Gdy była mowa o zmianach w błonie śluzowej macicy w czasie miesiączkowania, wspomnieliśmy, że część jej bywa odłuszczoną

<sup>1)</sup> *Jahresb. über die Fortschr. auf dem Geb. der Geb. u. Gyn.* T. V. 1892.—  
<sup>2)</sup> *Med. News.* 1890.

w postaci drobnych części rozpadowych, które rzadko tylko odchodzą jako strzępki już gołym okiem dostrzegalne. Czasem jednak odłuszczają się mniejsze lub większe strzępy, które łatwo mogą być rozpoznane jako części błony śluzowej macicy, a w rzadkich przypadkach, w czasie miesiączkowania, bywa, zapomocą bardzo bolesnych skurczów macicy, wyparty na zewnątrz woreczek błoniasty, który to objaw stanowi istotę choroby znanej już Morgagni'emu, a w właściwym świetle przedstawionej przez Simpsona i Olshausena.

**Przyczyny.** O przyczynach ogólnych nie pewnego powiedzieć nie możemy, gdyż zależność od niedokrewności, błędnicy, żołądów, kiły, zatrucia fosforem i t. d. stanowczo udowodnić się nie dała. Natomiast z przyczyn miejscowych, możemy stanowczo podnieść niezbyt błony śluzowej macicy i przyjąć szczególną formę tego niezytu pod nazwą *Endometritis exfoliativa vel decidualis*, która towarzyszy także włóknikom macicznym i przewłocznemu zapaleniu jej mięszu. Przyczyny zaś odłuszczenia się błony śluzowej w postaci dużych kawałków dopatruje się Wyder w nieprawidłowej wiotkości lub kruchości głębszych jej warstw, lub zbytcej odporności warstw powierzchownych.

Löhlein<sup>1)</sup> wykazuje na 11 przypadkach, że cierpienie to przyłączyło się do spraw zapalnych okołomaciczych lub błony śluzowej macicy i to 6 razy do połogowych, a 5 razy niepołogowych.

Miesiączka błoniasta wydarza się również często u mężatek jak i kobiet niezameężnych, a rzadziej u panien.

**Anatomia patologiczna.** W przypadkach klasycznych czyli zupełnych, bywa z macicy wydalaną błona, która po dokładnem rozłożeniu, przedstawia się jako woreczek, będący dokładnym odlewem jamy macicy; zatem posiada kształt trójkątny i na szczycie trzech kątów otwórki, z których największy odpowiada ujściu wewnętrznemu, a dwa mniejsze ujściom macicznym trąbek. Zewnętrzna powierzchnia tego woreczka, zwanego doczesną miesiączkową (*Decidua menstrualis*), jest nierówną, chropawą, pokrytą częściowo skręplą krwią i włóknikiem, gdy powierzchnia wewnętrzna, czerwona i gładka, okazuje, gołym okiem dostrzegalne, otwórki gruczołów błony śluzowej macicy. Ściany tego woreczka rzadko bywają jednostajnej grubości (1 — 4 mm.), tak, że w niektórych miejscach przeświecają

<sup>1)</sup> *Ges. für Geb. u. Gyn.* Berlin. 1886.

lub okazują zupełne braki, gdy w innych znajdujemy znaczne zgrubienia.

Badanie drobnowidowe tej błony, wykazuje mieszki gruczołowe i obfite drobnokomórkowe bujanie utkania międzygruczołowego (*Endometritis interstitialis*). Prócz bardzo licznych komórek okrągłych, znajdujemy jeszcze komórki wrzecionowate i przejściowe. Prócz tych znajdują się zawsze podług H. Mayera<sup>1)</sup> komórki, których brak w prawidłowej błonie śluzowej, mianowicie, zawierające 2 — 5 ostro konturowanych jąder, zatem podobne do komórek olbrzymich (Riesenzellen), a będące prawdopodobnie dzielącymi się komórkami wędrującymi.

**Objawy i przebieg.** Objawy rzeczywistej miesiączki błoniastej polegają na tem, że zazwyczaj w drugim lub trzecim dniu regularności, która się rozpoczyna całkiem prawidłowo i najczęściej w terminie właściwym, a czasem nieco opóźnionym, wśród często bardzo gwałtownych bólów, mających cechę porodowych, bywa z jamy macicy wypartą opisana błona w całości, lub, o wiele częściej, w pojedynczych strzępach. Kiedyindziej zaś, już w początku okresu miesięczkowego, pojawiają się dreszcze, gorączka i bóle nad spojeniem kości łonowych.

Stopień bolesności bywa rozmaity, a najgwałtowniejsze bóle kolkowe mają wówczas występować, gdy wydalenie błony opóźnia się i następuje nie w całości, lecz w kilku mniejszych kawałkach (Schroder), które, przez uwięzienie w szyi macicznej, utrudniają odpływ krwi. Wyjątkowo mogą doczesne miesięczkowe być wydalone bez bólów (Boardman<sup>2)</sup> i Winkel).

Wydzielanie błon, odbywa się albo w każdym następującym okresie miesięczkowym, lub omijając niektóre okresy. W przypadkach zaś najcięższych, powtarza się ono z wszelką regularnością i trwać może cały szereg lat, aż do wieku zwrotu płciowego.

W okresie międzymiesięczkowym, albo brakuje wszelkich dolegliwości lub też występują te, które są zależne od towarzyszących spraw zapalnych otoczenia macicy lub jej mięszu i błony śluzowej.

Niepłodność nie bywa częstem następstwem miesięczkowania błoniastego, i nawet chore które zastępują, nie okazują wybitnej skłonności do poronień. Nadzieja zaś, że cierpienie to ciężą zostanie ule-

<sup>1)</sup> *Zur path. Anat. der Dysmenorrh. membr. Archiv. f. Gyn. T. XXXI. str. 70.* — <sup>2)</sup> *Boston med. and surg. journ 1883.*

czone najczęściej zawodzi, gdyż powraca zwykle po porodzie (Winkel i Madurowicz).

Jakkolwiek niedokrewność, blednicę i objawy nerwowe, chciano uważać za przyczynę tego cierpienia, to jednak najczęściej rzecz się ma odwrotnie, tak, że cały szereg bolesnych peryodów, wpływa niewątpliwie źle na odżywienie i bywa raczej przyczyną, a nie skutkiem tych stanów. W końcu i bezsilność leczenia, sprawia u chorych zwątpienie w uleczenie i rodzaj przygnębienia moralnego.

**Rozpoznanie.** W każdym przypadku odejścia błony lub wybitnych strzępów z macicy, należy przedewszystkiem przypuszczać błonę doczesną ciąży macicznej lub zamacicznej, a nie doczesną miesiączkową, gdyż pamiętać należy, że tylko stale, uporczywie w całym szeregu okresów miesiączkowych powtarzający się objaw, wymaganym jest do rozpoznania i czyni je pewnem. Kto zatem z jakiegoś jednego strzępka, który raz odszedł, rozpoznaje miesiączkowanie błoniaste, ten z chorobą tą spotka się często, pomimo, że zaliczamy ją do rzadkich.

Jeżeli z cech klinicznych, które jedynie są pewne, nie możemy jeszcze wnioskować z jakiego rodzaju błoną mamy do czynienia, to pozostaje nam tylko dokładne badanie tej błony. Że w danym razie mamy do czynienia z doczesną ciążą, dowodziłoby niezbitie istnienie kosmków kosmówki, (*Chorion*); brak tej cechy jednak nie zawsze dozwala wykluczyć doczesną zniszczonego jaja płodowego lub doczesną ciążą zamacicznej, która bywa wydaloną sama, bez błon płodowych.

Usiłowania zatem zawsze były i są zwrócone w tym kierunku, aby otrzymać pewną, niezbitą cechę doczesnej miesiączkowej, odróżniającą ją od doczesnej ciąży. Mimo to dotychczas tego nie osiągnięto. Twierdzono wprawdzie, że doczesnej miesiączkowej brak owych wielkich nieregularnych komórek, cechujących doczesną prawdziwą; silono się nawet na porównanie wielkości komórek i podanie cechy w mikromilimetrach, a Wyder<sup>1)</sup> dodaje, że jądra drobnych komórek bywają tak wielkie, że prawie całą komórkę wypełniają, gdy komórki doczesnej ciąży posiadają jądra o wiele mniejsze, lecz wszystko to okazało się za mało pewnem, a badania Schrödera i Rugego wykazały obecność dużych, nieregularnych komórek i w doczesnej miesiączkowej.

<sup>1)</sup> Beitr. zur normalen u. path. Anatomie der Uterusschleimhaut. Arch. f. Gyn. T. XIII.



Wydarza się także, że wśród znacznych bólów, wydalane bywają strzępy lub odlew jamy macicy, który po dokładnem badaniu okaże się skrzepłym włóknikiem, którego rozróżnienie od błon prawdziwych i bez mikroskopu łatwo się udaje.

**Rokowanie.** W przypadkach wybitnych, niezbiecie udowodnionych, rokowanie, z powodu znanej uporczywości cierpienia i odporności przeciw wszystkim używanym środkom, lub powrotów po pozornie zupełnem uleczeniu, zawsze jest wątpliwem, a najczęściej złem, lecz nie dlatego aby choroba życiu zagrażała, ale wyłącznie ze względu na długie trwanie, gdyż aż do wieku zwrotu płciowego.

**Leczenie.** Pierwszą zasadą leczenia, powinno być usunięcie stanów zapalnych mięszu macicy i jej otoczenia. Jeżeli zaś tych przyczyn brak, to powinniśmy starać się o przeobrażenie błony śluzowej jamy macicy zeszkobaniem jej i powtarzaniem wstrzykiwaniami nalewki jodowej, zupełnie tak, jak to opisaliśmy w leczeniu jej niezytu. Tym bowiem sposobem jedynie da się osiągnąć ustanie tworzenia się błon, lecz w wybitnych, zatem uporczywych przypadkach, rzadko na dłużej niż na 5 miesięcy. A. Martin próbował nawet, w celu przeobrażenia całego mięszu macicy, amputacji części pochwowej, lecz bez skutku. Winckel w kilku przypadkach miał pomyślne skutki z miejscowych upustów krwi, przystawieniem pijawek, a Löhlein również zachwala nacięcia i nakłucia części pochwowej, przed pojawieniem się miesiączki. Jaką rolę odegra w leczeniu stósowanie elektryczności, dotychczas nieda się stanowczo powiedzieć.

Ze środków podawanych wewnątrznie, zawiodły wszystkie. Jor dan (z Pesztu) gorliwie poleca *Extr. hydrast. canad. fi.* 2 razy dziennie po 25 kropli, zawsze przez 8 dni przed pojawieniem się miesiączki i podaje uleczenie cierpienia, trwającego lat 18.

W przypadkach bardzo uporczywych, niedających się żadnem leczeniem złagodzić, szczególnie u kobiet niepłodnych, pozostaje nam w końcu jedyny i ostateczny środek uleczenia przez trzebienie (*Castratio*).

Leczenie objawowe, wyłącznie przeciw bólom skierowane, jest to samo, jakie opisaliśmy w ustępie o bolesnem miesiączkowaniu.



## ROZDZIAŁ SZÓSTY.

---

# Choroby trąbek macicznych, czyli jajowodów.

---

Przewody Müllerskie jak wiadomo zlewają się ze sobą (w okresie rozwoju płodowego) w dolnej części, tworząc pochwę i macicę a w górnej części pozostają narządami parzystymi, tworząc trąbki maciczne. Trąbki okazują zatem taką samą budowę jak macica, pokryte bowiem otrzewną więzłą szeroką, posiadają zewnętrzną warstwę mięśni podłużnych, i o wiele silniejszą warstwę mięśni okrężnych, która grubiejac ku macicy, kończy się, w okolicy macicznego ujścia trąbki, silną warstwą zwaną zdziergaczem trąbki (*Sphincter tubae*), ku brzuszemu zaś końcowi trąbki bardzo znacznie słabnie. Obie warstwy mięsne nietylko bez widocznej granicy przechodzą w odpowiednie warstwy mięśni macicznych, ale i względem siebie tak się zachowują, że pęczki warstwy podłużnej przeplatają się z włóknami warstwy okrężnej (Krysiński<sup>1</sup>).

Błona śluzowa trąbek, przyczepiona za pomocą wiotkiej tkanki łącznej do warstwy mięsnej, a zatem łatwo na niej przesuwalna, ułożona jest w równoległe podłużne fałdy, najwięcej rozwinięte w brzusznej części ujścia trąbek, a nikszące w pobliżu ujścia macicznego. Hennig<sup>2</sup>)

---

<sup>1</sup>) Pamiętnik Towarzystwa lek. Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 6 maja 1890 r. <sup>2</sup>) Die Krankh. der Eileiter etc. Stuttgart 1876.

podaje 3 — 5 fałdów głównych, które nadają przecięciu trąbki kształt gwiazdkowaty, a pomiędzy tymi głównymi fałdami 8 — 10 mniejszych fałdzików.

W brzuszным końcu trąbki, okazują fałdy błony śluzowej takie rozgałęzienie, że przypominają zupełnie kosmki, które wzajemnem wsuwaniem się w przeciwległe zagłębienia tak wypełniają lejek trąbkowy, że pośród nich z trudnością przychodzi odszukanie ujścia brzuszno i przewodu trąbki (Fig. 117). Pokrywający je przybłonek migawkowy, okazuje ruch migawek zwrócony ku macicy.

Podług K r y s i ń s k i e g o <sup>1)</sup>, na przecięciu trąbek noworodków istnieją 3 brodawkowe wzniesienia jako fałdy pierwotne, których rozstrzępienie na fałdy drugorzędne, następuje przez zapuszczanie się przybłonka. Przez zlepianie się fałdów ze sobą powstają i w prawidłowych trąbkach wrzeczne przewody otwarte i ślepe, które to ostatnie mogą w etyologii ciąży trąbkowej ważną odgrywać rolę.

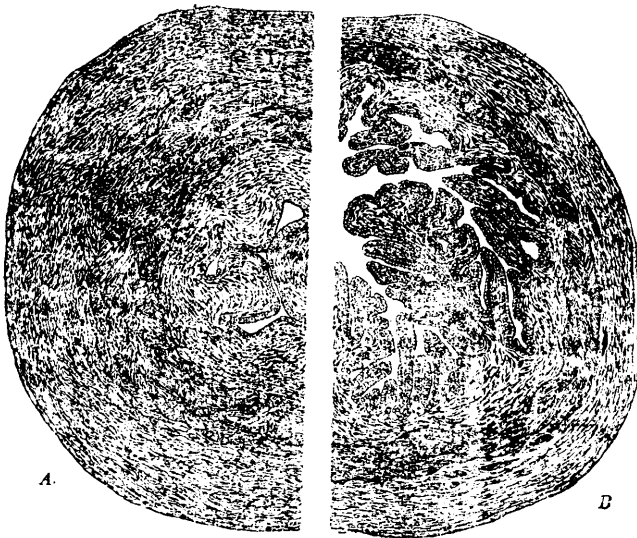


Fig. 117.

A. Przecięcie trąbki tuż przy macicy. — B. Przecięcie przez lejek trąbkowy. Warstwy następują po sobie od zewnątrz na wewnątrz w ten sposób: 1. Otrzewna, 2. Wiotka tkanka łączna obfitująca w naczynia, 3. Warstwa mięsna, 4. Błona śluzowa z rozgałęzionymi fałdami w ujściu brzuszno a płaskimi w pobliżu macicy.

<sup>1)</sup> 1. c. str. 455.

Co do gruczołów błony śluzowej, to wprawdzie opisuje je Henig, lecz Luschka, Henle, Klob i Cohen<sup>1)</sup> istnieniu ich zupełnie przeczą. Przyjmując zatem brak ich, musimy przyblonkowi przypisać wytwarzanie wydzieliny, która w warunkach prawidłowych bywa bardzo skąpa, oddziaływa alkalicznie i odpływa przez ujście brzuszne do jamy otrzewny. Sutton<sup>2)</sup> na podstawie badań trąbek zwierzęcych, w których znajdują się gruczoły, przychodzi do przekonania, że posiadają je i trąbki kobiece, a za takie uważa zagłębienia pomiędzy fałdami błony śluzowej, których wydzielina służy do otoczenia jajka białkiem, podobnie jak to się dzieje u kur.

Ujście brzuszne trąbek (*Ostium abdominale*) otacza wieniec strzępków (*Fimbriae*, *Morsus diaboli*) których znajduje się 4—5 większych, a 8—10 mniejszych; jeden z nich, najdłuższy, dotyka prawie jajnika (*Fimbria ovarica*). Ponad brzegami strzępków, graniczy błona śluzowa trąbek z otrzewną. Przewód trąbek, najszerszy w końcu zewnętrznym (*Infundibulum*), zwęża się coraz więcej ku ujściu macicznemu. Długość trąbek wynosi 8½ — 9½ cm.; lewa bywa o 1 cm. krótszą. Trąbki prawidłowe są równe i nie przebiegają w falistych skrętach.

## Wady utworowe trąbek.

Gdy była mowa o wadach utworowych macicy, uwzględniono już i jajowody; tu zatem mało pozostaje do dodania.

Brak trąbki lub trąbek (*Defectus tubae*), rzadko się wydarzający, bywa połączony z brakiem narządów pod względem rozwoju pokrewnych j. t. nerki, moczowodu, pęcherza i pochwy, i jako taki nie ma klinicznego znaczenia.

Trąbka bez przewodu czyli ślepa (*Atresia tubae congenita*) powstaje, gdy przewód Müllerski pozostanie na wczesnym stopniu rozwoju, lub gdy w czasie życia płodowego nastąpi zrost przewodu poprzednio istniejącego.

Brak strzępków (*Defectus fimbriarum*) oznacza pozostanie trąbek na stopniu rozwoju płodowego, gdyż tylko płody dojrzałe posiadają trąbki zaopatrzone w strzępki. Częściowy zaś brak trąb-

<sup>1)</sup> Zur Anatomie der Tuben. Med. Monatschrift New. York II. 1890. —

<sup>2)</sup> Transact. of the London obst. society V. 1888.

ki, mianowicie części zewnętrznej czyli brzusznej, odnosi Rokitan-sky do następowego odsznurowania.

Dodatkowe czyli nadliczbowe trąbki (*Tubae succenturiatae*) mogą powstać z wypustek, które tworzy nitka Müllerowska i posiadają przewód lub są ślepe. Hennig widział 3 razy prawdziwe dodatkowe trąbki. W taki sam sposób tłómaczono sobie i powstanie w o d u n k i (*Hydatis Morgagni*) która w  $\frac{1}{5}$  przypadków (Luscha) zwiesza się w postaci pęcherzyka czyli bańki, na długiej, cienkiej nitce. Podług Waldeyera jest ona częściowem wydłużeniem przewodu, które w ten sposób powstaje, że część przewodu przytrzymywana w górze przy więzadle przeponowem pranyerki (*Urniere*) wyciąga się w długą nitkę.

Dodatkowe ujście lub ujścia brzuszne zaopatrzone w strzępki, wydarzają się w końcu zewnętrznym i zawsze na górnej ścianie trąbki, która w przypadku Meckela okazywała w tem miejscu kolankowate zagięcie, a w dwóch przypadkach Winckla była zupełnie równą. Wydarzają się trąbki posiadające i 2 — 3 ujść dodatkowych, których strzępki bywają jednak gorzej rozwinięte, niż strzępki ujścia głównego. Powstanie tych ujść odnosimy do niezupełnego zamknięcia pierwotnej rynienki przybłonkowej, z której utworzył się przewód Müllerowski, tak, że pomiędzy rozsuniętymi mięśniami powstaje szczelina, przez którą sterczą strzępki błony śluzowej. Rokitan-sky i Klob przypuszczają możebność powstawania tych ujść dodatkowych i u dorosłych, skutkiem przedziurawienia ściany wrzodem niezbytowym.

Czy ujścia dodatkowe mogą mieć takie kliniczne znaczenie, aby jajko, ujęte ujściem głównem, mogło powrócić do jamy brzusznej przez ujście dodatkowe i dać powód do ciąży zamacicznej, nie da się z pewnością orzec.

Skręcony czyli spiralny przebieg trąbek odnosi W. A. Freund<sup>1)</sup> do powstrzymania rozwoju płodowego; trąbki bowiem w czasie zstępowania ku miednicy, bywają spiralnie skręcone, co osiąga szczytu w 32 tygodniu życia płodowego, poczem następuje powolne wyrównywanie się przebiegu, i sprawa postępuje aż do wieku pokwitania, tak, że później da się rozeznać tylko po nieco spiralnym przebiegu fałdów błony śluzowej. W przypadkach zaś, w których to wyrównanie nie nastąpi, mogą trąbki okazywać częściowe zwiężenia i zrosty

<sup>1)</sup> *Volkman. Samml. klin. Vorrträge* Nr. 323.

wrodzone (*Atresiae tubarum congenitae*), z następstwem nagromadzeniem wydzieliny śluzowej lub krwawej, które w następnych rozdziałach opisujemy. Prócz tych następstw przypisuje Freund wrodzonym skrętom trąbek to ważne znaczenie, że istnienie ich usposabia do nader łatwego schorzenia z powodu zaułków i zwężonych miejsc, czyli że usposobienie do chorób trąbkowych bywa często wrodzone.

### Zmiany położenia trąbek.

Zmiany położenia trąbek bywają wrodzone lub nabyte. Do pierwszych zaliczamy prostopadły ich przebieg obok macicy i umieszczenie trąbek razem z jajnikami w przewodzie pachwinowym lub w wardze wielkiej, jeżeli jajnik podobnie jak jądro wystąpi z jamy brzusznej. Udowa przepuklina jajnika i trąbki zawsze bywa nabytą. Jedynym w swoim rodzaju jest przypadek Berarda, który w worku przepukliny udowej znalazł samą trąbkę bez jajnika.

Nabyte zmiany położenia najczęściej towarzyszą zmianom położenia macicy i sprawom zapalnym, skutkiem których powstają zlepy z narządami sąsiednimi. Następnie, wzrastające nowotwory macicy i jajników sprawiają największe zmiany położenia trąbek. Wielkie torbiele jajnikowe pociągają trąbkę za sobą, i przez znaczne wyciągnięcie mogą nawet sprawić oddzielenie się trąbki w pobliżu macicy, lub odkręcenie jej, a w innych przypadkach trąbka wyciągnięta okazuje tak ogromny przerost całego utkania, że czasem, podczas owariotomii nasuwa się wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z jelitem.

Klinicznie ta zmiana położenia ma o tyle znaczenie, że trąbka w czasie nakłucia obrzęku przez powłoki brzuszne, może być trójgranicem skaleczona, i dać powód do znacznego krwotoku brzuszego. Zmiany położenia pochodzące ze zlepow i załamań trąbek, bywają częstą przyczyną niepłodności.

### Nieżył i zapalenie trąbek. Endosalpingitis v. Salpingitis catarrhalis et Salpingitis interstitialis.

**Przyczyny.** Choroby trąbek, wśród których zapalenia i skutki ich odgrywają największą rolę, wydarzają się o wiele częściej niż bywają przedmiotem leczenia: Hennig bowiem znajdował je w  $\frac{3}{4}$ , a Winckel i Bandl w większej połowie zwłok kobiecych.

Częstość ta nie zadziwi nas, jeżeli zważymy ciągłość utkania trąbki z macicą; wszystkie bowiem bodźce wywołujące sprawy cho-

robowe tej ostatniej, mogą albo równocześnie, albo też dopiero następowo działać i na trąbki, a w nich warunki samoistnego uleczenia zdają się być tak niekorzystne, że gdy pierwotnie schorzały miąższ i błona śluzowa macicy mogą powrócić do stanu prawidłowego, to raz schorzałe trąbki pozostają dłużej lub stale choremi, albo też okazują nieuleczalne zmiany następowe.

Skłonność trąbek do spraw nieżytowych i zapalnych, występuje najwybitniej w wieku najżywszej czynności płciowej. Z 287 przypadków A. Martina, przypada na wiek niżej 20 l. 9 zapaleń trąbek; na wiek po 40 latach 16, a pomiędzy 20 a 40 rokiem życia 262 = 91%.

Śród przyczyn, najważniejszą rolę odgrywają sprawy położowe wybitnie septyczne, lub połogi na pozór prawidłowo przebiegające i to z upodobaniem poronienia, po których chore wstają, lecz następnie, po krótszym lub dłuższym czasie, albo z powodu dreszczów i gorączki, albo też z powodu dolegliwości szukają rady lekarskiej. Większą też część tych spraw, które dawniej pojmowaliśmy jako czyste zapalenia otrzewny miednicowej, położowe i popołożowe, dziś odnieść należy do spraw zapalnych trąbek, a następowo i ich otoczenia. Rzadziej dzieje się odwrotnie, to zn. że sprawy zapalne otrzewny szerzą się na samą trąbkę.

Po sprawach położowych, zaliczamy zarażenie rzeżączkowe do przyczyn najczęstszych, to znaczy, że początek chorób trąbek daje się bardzo często odnieść do tego czasu, w którym chore cierpiały na objawy zazwyczaj rzeżączce przypisywane jak: obfite, ropiaste, zielonkowate lub rzadkie śmietankowe upławy, którym towarzyszy parcie na mocz, i pieczenie przy oddawaniu moczu, pochodzące od rzeżączkowego zapalenia cewki moczowej. Gdybyśmy chcieli odnosić tylko te przypadki do pochodzenia rzeżączkowego w których stwierdzono w treści lub w ścianach trąbek *gonococcus* Neissera, musielibyśmy rzeżączkę uważać za przyczynę bardzo wyjątkową, gdyż *gonococcus* znaleźć można tylko w przypadkach świeżej daty, a z takimi jako przedmiotem badania anatomicznego, rzadko mamy do czynienia. Czy szerzenie się na trąbki następuje zawsze nieprzerwaną drogą ich przewodu, czy też może bez udziału błony śluzowej szerzyć się drogą naczyń chłonnych pierwotnie na jej ściany lub z ominięciem trąbki pierwotnie na otrzewną, tego dostatecznie nie rozstrzygnięto, pomimo że *gonococcus* znajdowano i w przesączynie surowiczej, towarzyszącej sprawom zapalnym otrzewny, a Postello w r. 1692 miał już

porównywać pozornie odosobnione schorzenie brzuszno-końca trąbkowego, do przyjądrza, którego zapalenie towarzyszy rzeżące cewki moczowej mężczyzny, bez udziału *vas deferens*.

Gruźlica, z całego narządu płciowego, najczęściej zajmuje trąbki, i tu wywołuje towarzyszące zmiany zapalne, o czym będzie mowa w osobnym rozdziale.

Prócz wymienionych bodźców, jako przyczyn zapaleń, spostrzeżono je także w przebiegu płonicy, ospy i duru brzuszno-końca trąbkowego, tak, że powstanie zapalenia, tylko do tych chorób odnieść było można. Czy zarazem, wywołującym wspomniane choroby, czy też t. zw. zakażeniu mieszanemu należy te sprawy przypisać, o tem trudno rozstrzygać. Zweifel znalazł w treści otoku ropnego trąbki powstałego po durze, *streptococcus*, którego pochodzenie wywodzi od wrzodów kiszki. Grzybek promienicy (*Actynomycosis*) w trąbce, znany jest tylko z jednego przypadku Zemana.

Czy nieżyt błony śluzowej trąbek i zapalenie ścian mogą powstać skutkiem samego przedłużonego lub zbyt długiego nawału miesięcznego, lub nawałów wywołanych nadużyciem płciowem, lub w końcu z przyczyny tak ogólnie dla spraw nieżytych przyjętej jak zaziębnienie, temu, mojem zdaniem, nie da się dopóty stanowczo zaprzeczyć, dopóki te przyczyny przyjmujemy jeszcze dla innych narządów. Znajomość bowiem obcych ustrojowi bodźców chorobowych jest jeszcze zbyt małą, abyśmy idąc za niektórymi autorami, całkiem nad wymienionymi przyczynami przechodzili do porządku i przyznawali im wyłącznie historyczną wartość.

**Anatomia patologiczna** chorób trąbkowych a z nią razem i dokładniejsze o nich wiadomości, datują dopiero od czasu licznych laparotomii, które wykazały uderzającą częstość tych spraw i pobudziły do bliższego ich zbadania. Dlatego też nie w tym kierunku nie zawdzięczamy anatomom lecz wszystko ginekologom.

Sprawy zapalne trąbek, występują albo jako nieżyt błony śluzowej (*Salpingitis catarrhalis*, *Catarrhus tubae*, *Endosalpingitis*) albo jako zapalenie ścian. (*Salpingitis interstitialis*).

W ostrym nieżycie trąbek znajdujemy błonę śluzową mniej lub więcej obrzmiałą, występującą z ujścia brzuszno-końca trąbkowego, silnie przekrwioną, okazującą tu i owdzie wynaczynionki i obfity drobnokomórkowy naciek fałdów, które przez znaczne obrzmienie jeszcze więcej zacieśniają przewód trąbkowy, a rozgałęzienia ich, częściowo ze sobą przez ana-



stomozy połączone, mogą dać obraz wrzekomych gruczołów (Cornil, Fig. 118).



Fig. 118.

*Salpingitis catarrh. acuta.*

Przecięcie przez średnią część trąbki, podług Cornila.

Druga forma nieżytu, którą pierwszy podał A. Martin, cechuje się także istnieniem drobnokomórkowego nacieku fałdów, lecz prócz tego wielką odrębnością obrazu anatomicznego. Bo gdy w pierwszej formie może być utrzymany migawkowy przybłonek trąbek, to w drugiej brak go zupełnie, a błona śluzowa okazuje szczególnego rodzaju bujanie w głąb, dające się porównać ze sprawą bujania wypustek gruczołowych w nadzerkach części pochwowej macicy. Zaułki bowiem międzyfałdkowe, pogłębiają się do tego stopnia, że przekraczają granicę błony śluzowej, i wrastać mogą w głąb przez całą grubość warstwy mięsnej. Trąbka bywa wówczas zgrubiałą, rozszerzoną i wydłużoną, a na przecięciu całą ścianę znajdujemy do tego stopnia przejętą opisanymi zagłębieniami gruczołowymi, że okazuje wejście budowy jamistej, czyli gębczastej. Bardziej jednak jest uderzającym, że zagłębień tych nie wyściela przybłonek migawkowy, lecz brukowy. Formie tej dał A. Martin nazwę zapalenia pęcherzykowego (*Salpingitis follicularis*). Wydzielina błony śluzowej towarzysząca tym zmianom, bywa obfitą, lub bardzo skąpą i czysto surowiczą, lub krwawą.

Pozzi podaje, że pęcherzykowa forma Martina jest właściwą wszystkim postaciom zapalenia, lecz miesza formę ze zlepow fałdów powstałą (fig. 118) z odrębną od niej właściwą formą pęcherzykową Martina.

Jeżeli naciek drobnokomórkowy szerzy się z błony śluzowej i na ściany trąbek, rozpychając od siebie włókna mięsne, to mówimy o zapaleniu śródmiąższowem (*S. interstitialis*). Skutkiem tej sprawy, podobnie jak skutkiem opisanej formy pęcherzykowej, trąbka okazuje znaczne rozszerzenie i zgrubienie dochodzące grubości ołówka lub palca, a przy dłuższym trwaniu i pomnażaniu się drobnokomórkowego i surowiczego nacieku ścian, może osiągnąć 1½—2 cm. średnicy. O wiele rzadziej mamy do czynienia z rzeczywistym przerostem warstwy mięsnej ścian, jak to opisuje Kaltenbach.

Gdy sprawie tej zawsze towarzyszy znaczne wydłużenie trąbki, któremu stawia przeszkodę obejmująca ją otrzewna więzu szerokiego, zatem trąbka układa się w nieregularne skręty. Przybłonek bywa zniszczonym, z rozepchanych włókien mięsnych pozostają ledwo ślady, a naczynia w pewnych miejscach silnie wypełnione, w innych zaś uciśnięte. Tu i owdzie znajdują się wynaczynionki, jamki i ogniska rozpadowe w ścianach.

Sprawie tej często towarzyszą zapalne zmiany otrzewny pokrywającej trąbkę, prowadzące nietylko do zlepow z sąsiednimi narządami, ale i do zlepow skrętów trąbkowych pomiędzy sobą i to często w takim stopniu, że nawet anatomiczne śledzenie przewodu trąbkowego, w bezkształtnym guzie powstałym w opisany sposób, bywa bardzo trudne lub niemożliwe.

Prócz opisanych form zapaleń trąbkowych podał jeszcze Schauta<sup>1)</sup> jedną, którą nazwał formą guzkowatą (*Salpingitis isthmica nodosa*). Chiari opisał guzkowate zgrubienia pojawiające się najczęściej na obu trąbkach i to zawsze w miejscu, w którym trąbka przechodzi w ścianę macicy (*Isthmus*). Twarde te guzki, ściśle od otoczenia odgraniczone, okazały się jako ograniczony przerost ściany trąbki, a badania Schauty wykazały, że ich budowa nie zawsze bywa jednakową, gdyż raz polegają one na przeroście, drugi raz na drobnokomórkowym nacieku. Błona śluzowa trąbek zawsze wówczas okazuje znaczne zmiany nieżytowe, a powstanie tych guzków (które nawiasem mówiąc, mieszano dawniej z włókniami trąbek) w miejscu

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. XXXIII. str. 27.

najwęższym trąbki, polegać ma na tem, że miejsce to najwcześniej ulega schorzeniu postępującemu z błony śluzowej macicy, a obrzmała błona śluzowa rozpycha ściany trąbki, której to sprawie towarzyszy przerost. Opisana forma ma się pojawiać już w początkowych okresach zapalenia i być właściwą zapaleniom rzeżączkowym.

Zapalenia trąbek bywają najczęściej obustronne, szczególnie te, które są pochodzenia zakaźnego, zatem połogowe, a prawie zawsze gdy polegają na rzeżączce. Niezawsze jednak zmiany w obu trąbkach bywają jednakie, tak, że wobec znacznego schorzenia z jednej strony, druga może okazywać albo tylko zmiany nieznaczne albo być pozornie zdrową, to znaczy, że tylko dokładniejsze badanie może wykryć zmiany właściwe zapaleniu.

Jeżeli tylko jedna trąbka jest chorą, to z przyczyn dotychczas niewyjaśnionych, jest nią najczęściej lewa. Z 287 przypadków Martina przypada na trąbkę lewą 138, na obie 91, a na samą prawą 58, z czego by się okazywało, że najczęściej sama lewa podlega zapaleniu, a potem dopiero obie, co jednak Schröder przypisuje czystemu przypadkowi.

Obraz niezytu błony śluzowej lub zapalenia ścian zmienia się zupełnie, gdy, jak to często się wydarza, nastąpi zacieśnienie, załamanie lub zrost przewodu (*Atresia tubae*). Sprawy te, wydarzają się wprawdzie nie tylko skutkiem zapaleń, o których mowa, gdyż powstać też mogą i skutkiem nowotworów macicy, stanów zapalnych jej mięszu w okolicy ujścia trąbkowego, zmian położenia macicy i skutkiem spraw zapalnych otoczenia, lecz najczęściej powstają skutkiem zmian zapalnych samych trąbek i wówczas prowadzą stale do zmian tej przyczynie powstawania właściwych.

Zrosty najczęściej wydarzają się w brzusznej części ujścia trąbki (*Atresiae ostii abdominalis*) i tu następują w dwojaki sposób, a mianowicie: podrażnienie niezytowe strzępków (*Fimbriae*) sprawia zwinienie się ich ku lejkowi trąbki i zrost samymi brzegami otrzewnowymi, lub też lejek trąbkowy (*Infundibulum*), zrasta się strzępkami z powierzchnią jajnika lub z kiszka (*S. romanum*, *Coecum*), i przez ten zrost bywa ujście zupełnie zamkniętem.

Zrosty z jajnikiem i częściowe lub całkowite schorzenie jajnika tak stale towarzyszą zapaleniom trąbek, że niektórzy autorowie jak Lawson Tait, Pozzi i t. d. omawiają te schorzenia wspólnie, jako zapalenia trąbkowo-jajnikowe (*Salpingo-oophoritis*). Sprawa towarzysząca w jajniku bywa albo czysto zapalną, albo też drobnotor-

bielowem zwyrodnieniem. Zrosty też trąbki z jajnikiem bywają przyczyną albo wytworzenia się wspólnej jamy, albo powstania torbiela w części jajnika objętej zrostem, który po pęknięciu, może utworzyć wspólną jamę z lejkiem, torbiel jajnikowotrąbkowy (*Cystis tubo-ovariaca*), o którym będzie mowa w rozdziale o torbielach jajnikowych.

Bezpośredni następstwem zrostu, bywa nagromadzanie się wydzieliny pierwotnie tuż za ujściem zarośniętem, zatem w brzuszny koniec trąbek, a w dalszym ciągu i w reszcie przewodu ku macicy.

Rzeczywisty zrost macicznego ujścia trąbek wydarza się o wiele rzadziej. Ujście to, w prawidłowych warunkach już i tak bardzo drobne, i bez zrostu staje się łatwo niedrożnym, nawet dla rzadkiej treści trąbkowej, przez samo obrzmienie błony śluzowej, tak, że treść ta dopiero odpływać może pod działaniem znacznego ciśnienia. Dlatego do powstania torbielowego rozdęcia trąbki przez nagromadzoną wydzielinę, nie potrzeba zrostu ujścia macicznego, a przy zroście tylko tego ujścia, nie następuje ani zatrzymanie się wydzieliny ani rozdęcie trąbki. Forrier już rozróżniał puchlinę trąbki ze zrostem samego ujścia brzuszego (*Hydrops tubae apertae*) i ze zrostem obu ujść (*H. t. oclusae*)

Rzadsze są przypadki, w których rzeczywisty zrost istnieje w przebiegu trąbki obok otwartego ujścia brzuszego, a o wiele częściej niż przez zrost, wydarza się brak drożności przez załamanie z powodu zlepów zapalnych, postronków i błon wrzekomych oraz skrętów i załamań, w jakie układa się trąbka. Wydzielina nagromadza się wówczas tylko w tej części trąbki, która leży na wewnątrz zrostu lub zacieśnienia.

Obrzęki powstałe z nagromadzenia się wydzieliny w trąbkach, czyli tak zwane worki, torby lub torbiele trąbkowe, miewają rozmaity kształt i wielkość. Jeżeli rozdęciu ulegnie tylko zewnętrzna część trąbki, to obrzęk osiąga wielkości gołębiego lub kurzego jaja, lub też trąbka bywa rozdętą w całej długości w postaci maczugi zwięzającej się jednostajnie ku końcowi macicznemu, jeżeli wypełnienie nie jest znacznem; w przeciwnym razie trąbka, ułożona w silne skręty, okazuje głębokie załamania, a części pomiędzy nimi rozdęte, tworzą 2 — 3 obok siebie ułożonych obrzęków (*Hydrops tubae saccatus v. multilocularis*. fig. 119).

Jeżeli strzępki trąbek są ze sobą brzegami otrzewnowymi zrośnięte, to przybierają czasem, skutkiem półksiężycowego wydecia każdego strzępka z osobna, kształt rozety.

Treść zrósłych i wypełnionych wydzieliną trąbek czyli worków trąbkowych, najczęściej bywa surowiczą, puchlina trąbkowa (*Hydrops tubae, Hydrosalpinx*), zawierająca białko i hyalinę, oddziaływająca alkalicznie lub dwojako (Hennig), białawą, żółto-zielonkawą, brunatną, a najczęściej zawierającą przymieszkę krwi, która może być w takiej ilości, że trąbka prawie czystą krew zawiera, tworząc krwistek trąbkowy (*Haematosalpinx*). Krew ta, pochodzi z krwawień miesięczkowych błony śluzowej trąbek, lub z ciąży zamacicznej trąbkowej (*Graviditas tubaria*). Kiedy indziej bywa treść gęstą, galaretowatą, lub klajstrowatą, a Schröder podaje, że bywa gęstą, białawą, złożoną ze śluzu i przybłonków. Nie zawsze jednak istnienie treści surowiczej dowodzi, że jako taka istniała ona od początku,

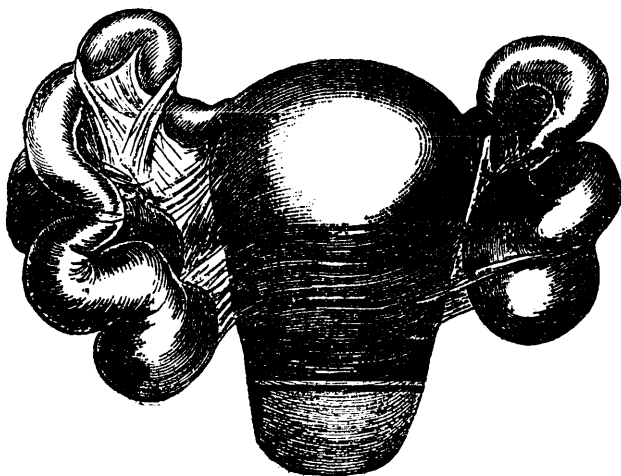


Fig. 119.

Puchlina trąbkowa podług Heitzmanna.

gdyż treść krwawa, a rzadziej ropna, po przeobrażeniu wstecznem może być zastąpioną treścią surowiczą, a tylko ślady treści poprzedniej, dostrzegalne w ścianach trąbek, świadczą o zmianie, jaka zaszła.

Obrzęki pochodzące z puchliny trąbkowej lub z krwisteku, bywają zazwyczaj nie wielkie, a dochodzące do wielkości pięści, a tem bardziej głowy dziecka, należą do rzadkości. Ściany trąbek bywają jednak i w razie miernych obrzęków często do najwyższego stopnia scienżone i miejscami tylko błoniaste, przeświecające, z powodu zupełnego rozstąpienia się warstwy mięsnej. Pomimo to, samoistne pęknięcia worków

trąbkowych rzadko się wydarzają, wyjąwszy przypadku ciąży trąbkowej, a łatwo wydarzyć się mogą skutkiem nieogłędnego oburęcznego badania. Wydarza się jednak niekiedy, że puchlina trąbkowa doszedłszy do pewnego stopnia, pod parciem ścian, przewycięża opór ujścia macicznego i od czasu do czasu opróżnia się przez macicę na zewnątrz (*Hydrops tubae profluens*).

Ropna treść rozdętych worków trąbkowych, czyli ropny otok trąbek (*Pyosalpinx*) powstaje najprawdopodobniej tylko pod wpływem właściwych drobnostrojów, którymi w przeważnej liczbie przypadków bywają gonokoki, a znajdowano w treści takich trąbek i streptococcus i staphylococcus. Ponieważ zapaleniom ropnym towarzyszy zawsze zapalenie ścian trąbkowych, a zarazem i znaczne zapalenia ze złoгами zapalnymi całego sąsiedztwa, zatem opór zgrubiałych ścian przeszkadza zbyt niemu rozdęciu trąbki i bardzo wielkie otoki ropne rzadziej się wydarzają. Mackenrodt<sup>1)</sup> opisuje otok ropny 47 cm. długi, mający obwodu 14 cm. Pęknięcie i wylanie się ropy do jamy brzusznej rzadko się wydarza, a częściej ropa, przebiwszy ścianę trąbki, ujętej wypocinami, toruje sobie drogę przez odbytnicę, pochwę, pęcherz moczowy lub przez ściany brzuszne na zewnątrz. O wiele rzadziej wydarza się, aby ropa, podobnie jak puchlina trąbkowa, opróżniła się ujściem macicznym na zewnątrz. Przypadek taki opisuje Routier<sup>2)</sup>.

W anatomicznym podziale nieżytych i zapalnych spraw trąbek istnieje jeszcze dotychczas pewne zamieszanie. Wielu autorów chce odnosić pewne odmiany obrazów anatomicznych do pewnych szczególnych przyczyn i uważa je za właściwe tylko tym przyczynom a nie innym. Najogólniej traktował rzecz Schröder, który przyjmował tylko zapalenie nieżytowe i ropne. Cornil i Terrillon<sup>3)</sup> rozróżniają 5 form, a mianowicie: 1. *Salpingitis catarrhalis vegetans*, 2. *S. purulenta* (*Pyosalpingitis*), 3. *S. haemorrhagica* (*Haematosalpingitis*), 4. *S. blenorrhoica*, 5. *S. tuberculosa*. Orthmann<sup>4)</sup> podaje 1. *S. catarrhalis* (*S. simplex, diffusa, interstitialis, haemorrhagica, follicularis*), 2. *S. purulenta* (*septica, haemorrhagica, tuberculosa*), 3. *Haematosalpinx*, 4. *Hydrosalpinx*, 5. *Pyosalpinx* (*S. purulenta cystica*). Pozzi<sup>5)</sup> zaś, który chce rzecz brać ze stanowiska klinicznego i anatomicznego bez uwzględnienia przyczyn, rozróżnia dwie główne formy. Zapalenia nieprowadzące do wytworzenia zrostów z ich następstwami i do tych zalicza zapalenie a. ostre nieżytowe, b. ostre ropne, c. przewłoczne miększe (*Pachysalpingitis*)

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XXI. str. 1. — <sup>2)</sup> *Revue de Chir.* VIII. str. 916. — <sup>3)</sup> *Archiv. de physiol.* 1882. Nr. 8. — <sup>4)</sup> *Beitr. zur normalen Histol. und zur Path. der Tuben.* *Virchow's Arch.* T. 108. str. 165. 1887. — <sup>5)</sup> *Traité de Gynécologie* — wydanie niemieckie 1892.

z podziałami tych form *S. hypertrophica v. vegetans* i *S. atrophica v. sclerotica*  
 2. Zapalenia prowadzące do zrostów z ich następstwami  
 a. *Hydrosalpinx (S. serosa)* b. *Haematosalpinx (S. haemorrhagica)* c. *Pyosalpinx (S. purulenta)*.

Ze względów anatomicznych i klinicznego przebiegu, całkiem wyrozumowanym jest podział zapaleń trąbkowych na zapalenia proste czyli z wyklę i na zapalenia prowadzące do zrostów z ich następstwami, czyli torbielowe: puchlina, krwistek i otok ropny trąbek.

**Objawy i przebieg.** Sprawy zapalne trąbek nie wywołują żadnego takiego objawu, któryby wyłącznie do nich odnieść można. Wielu jednak autorów upatruje cechy patognomoniczne we właściwych bólach i zachowaniu się miesiączki, o których jednak powiedzieć możemy z góry, że towarzyszą chorobom trąbek w sposób przez autorów opisany, lub może ich zupełnie brakować.

Ból, który chore wskazują w jednym lub w drugim boku, w okolicy części dodatkowych macicy, bywa najczęściej bólem tęnym lecz bardzo dolegliwym i stałym, lub też pojawiającym się napadowo przy działaniu tłoczni brzusznej, parciu na stolec i w czasie chodzenia. Drugiego rodzaju bóle miewają wybitną cechę kolkową i tym bólowi niektórzy przypisują taką stałość, że dają im nazwę „kolek trąbkowych“. Innym razem mogą bóle posiadać cechę bardzo mocnych bólów porodowych, które zakończyć się mogą obfitym odpływem cieczy surowiczej lub surowiczo-ropnej, która pochodzi z macicy a o wiele rzadziej z wypróżnienia puchliny trąbkowej, lub otoku ropnego do macicy i z niej na zewnątrz. Opisane rodzaje bólów albo towarzyszą okresom miesięczkowym, albo pojawiają się w okresie międzymiesięczkowym. W przypadkach zaś ropnych zapaleń, stanowią one objaw najwięcej chore dręczący i albo stale je do łóżka przywiązujący, albo stale po wstaniu i chodzeniu powracający. Ten też objaw jest może najwięcej cechującym dla ropnych zapaleń trąbek, że leżeniem spokojnem i leczeniem dolegliwości tylko na krótki czas dają się zmniejszyć.

Krwotoki, które pojawiają się jako obfite miesięczkowanie i to często w znacznie skróconych okresach, często towarzyszą zapaleniom trąbek i zwykle zależne są od nieżytywych zmian błony śluzowej jamy macicy, a rzadziej bez nich wyłącznie od samych trąbek, jak to wykazał Czempin<sup>1)</sup>. W innych przypadkach może nie być

<sup>1)</sup> *Naturforscher Versamml.* Berlin 1886.

regularności przez kilka okresów lub stale, i to szczególnie w przebiegu zapaleń gruczliczych (A. Martin).

Objawy puchliny trąbkowej prawie nie różnią się od objawów małego torbiela jajnikowego, jeżeli brakuje objawów pochodzących ze zapaleń otrzewny, lub gdy są nieznaczne, a objawami tymi są: uczucie gniecienia i ciężkości w miednicy i niekiedy bóle pochodzące z ucisku na nerwy. W innych przypadkach i tych dolegliwości może nie być. W rzadkich przypadkach, wydarza się wśród wzmagających się bólów opróżnienie puchliny trąbkowej do jamy macicy i wylanie się większej ilości cieczy z pochwy, a objawowi temu towarzyszy nagle ustanie bólów i zniknięcie poprzednio wyczuwanego obrzęku.

W przypadkach zapalenia ropnego, zatem najczęściej w przypadkach zapaleń połogowych lub rzeżączkowych, ze wszystkich objawów najwybitniejszym bywa obraz ciężkiego cierpienia ogólnego. Chore trapione ciągłymi dolegliwościami tracą apetyt, chudną, stają się niedokrewne, umysłowo przygnębione i bez przerwy lub z krótkimi przerwami ciągle chore. Z dolegliwości zaś, nad wszystkimi górują objawy zależne od powtarzających się zaostrzeń zapalnych otrzewny. Lecz i w tych przypadkach mogą się wydarzać wyjątki, t. j. brak dolegliwości, wobec bardzo znacznych otoków trąbkowych (Schröder).

Zweifel<sup>1)</sup> podaje, że takie chore często cierpią na uporczywy nieżył odbytnicy, połączony z obfitem wydzielaniem strzępów śluzowych.

W końcu stałym objawem zapaleń trąbkowych bywa niepłodność, która towarzyszy nawet zapaleniom jednostronnym. Tu się też często wydarza niepłodność nabyta po pierwszym porodzie, (*Ein-Kind Sterilität* Henniga<sup>2)</sup> i Sängera<sup>3)</sup>).

Przebieg zapaleń prostych, zatem nieropnych i przebiegających bez zrostów, (prowadzących do wytworzenia worków trąbkowych), bywa najczęściej takim, że kończą się one nawet zupełnem uleczeniem. Czy w tych przypadkach następuje zupełna „*restitutio ad integrum*“ nieda się rozstrzygnąć i tem trudniej to przyjąć, gdyż schorzała trąbka najmniej do tego posiada warunków. Dlatego też mówiąc o uleczeniu myślimy o usunięciu objawów i namacalnych zmian.

<sup>1)</sup> l. c. str. 271. — <sup>2)</sup> l. c. str. 455. — <sup>3)</sup> *Die latente Geonorrhoe*. Bonn 1872.



W przypadkach zrostów trąbkowych i nagromadzenia się wydzieliny surowiczej, krwawej lub ropnej, nie następuje zwykle samoistne uleczenie, a względne i niestałe, może ono nastąpić przez opróżnienie treści do macicy i na zewnątrz, lub też przez przeobrażenie wsteczne treści krwawej lub ropnej i zagęszczenie ropy, albo też wessanie jej i zastąpienie wydzieliną surowiczą.

Opróżnienie się puchliny trąbkowej, a w wyjątkowych przypadkach i ropnego otoku trąbkowego, przez ujście maciczne trąbki do jamy macicy i na zewnątrz (*Hydrops tubae profluens*, a względnie *Cystis tubo-ovariaca profluens*), może następować pod wpływem ucisku lub silnego użycia tłoczni brzusznej. W przypadkach jednak, w których istnieje znaczny przerost ścian, mogą i własne kurcze trąbkowe przyczynić się do przewyciężenia oporu, jaki stawia opróżnieniu scieśnione ujście maciczne trąbki. Wówczas mogą te wypróżnienia następować z pewną okresowością i w towarzystwie bólów kurczowych, ograniczających się do strony chorej trąbki. Frankenhäuserowi udało się opróżnianie trąbki za pomocą ucisku oburęcznego, przyczem jej treść odpływała z macicy.

Pęknięcie rozdętej wydzieliną trąbki do jamy otrzewny wydarza się rzadko, jeżeli nie przyczynią się do tego urazy zewnętrzne, jak n. p. nieogłędne badanie. Najłatwiej nastąpić to może w przypadku krwisteku trąbkowego, (*Haematosalpinx*), gdyż tu trąbka może częściowo być tak scieńczałą, iż ściany jej przeświecają. Najrzadziej zaś następuje pęknięcie otoku ropnego trąbki (*Pyosalpinx*), gdyż w tych przypadkach trąbka okazuje znaczne zgrubienie ścian, skutkiem złogów zapalnych i zlepow z sąsiedztwem. Wylanie się treści puchliny trąbkowej do jamy otrzewny, przebiegać może bez jakiegokolwiek oddziaływania, gdy ona jest wolną od drobnoustrojów. Trudniej już o wiele następuje to w przypadkach wylania się treści krwawej, gdyż tu najczęściej występują objawy częściowego zapalenia otrzewny, prowadzące do otorbienia, tak, że wytworzyć się może obraz krwisteku zamacicznego (*Haematocele retro-uterina*). Pęknięcie ropnego otoku trąbki (*Pyosalpinx*), jak łatwo można przypuszczać, zwykle wywołuje ogólne śmiertelne zapalenie otrzewny. Obok rzadkości takiego wydarzenia, z przyczyn wyżej podanych, trzeba jeszcze podnieść i tę okoliczność, że nawet ropna treść trąbki bywa czasem dla otrzewny obojętną, czyli niezakaźną. Dość liczne bowiem przypadki operacji wycięcia otoku trąbkowego, wśród których ropa pękniętego otoku dostała się do jamy otrzewny, dowodzą, że i bez

ściślej „toalety otrzewnowej“ przebiegały bez zaburzeń czyli gładko co dowodzi, że stara ropa może być i dla otrzewny obojętną.

Skłonność przebicia się ropy do narządów sąsiednich, j. t. do odbytnicy, pęcherza moczowego lub przez powłoki brzuszne na zewnątrz, okazują w znacznie większym stopniu otoki pochodzenia połogowego, niż rzeżączkowego. Jeżeli przebicie nastąpiło i ropa wyłała się przez odbytnicę, pochwę lub pęcherz moczowy na zewnątrz, to po długotrwałem ropieniu, które w wysokim stopniu może siły chorej podkopać, najczęściej następuje względne uleczenie z zupełnem zniszczeniem czynności trąbek.

**Rozpoznanie.** Wspominaliśmy poprzednio, że choroby trąbkowe nierównie częściej się wydarzają, niż je rozpoznajemy. Pochodzi to nietylko z częstej trudności wybadania samych trąbek w ogóle, lub bolesności towarzyszącej badaniu, lecz także i z zapominania o częstości schorzeń trąbkowych, o ważnych momentach etyologicznych i z pominięcia ważnych sposobów badania.

Tu zatem z góry przypomniemy o korzyściach badania dwoma palcami i badania osobno lewej połowy miednicy lewą ręką a prawej prawą, oraz o niezaniebzywaniu badania przez odbytnicę, przez którą wyżej możemy osiągnąć i badać przez cieńszą warstwę. W przypadkach zaś, w których od badania zależą ważne wskazówki lecznicze, należy skutecznie je na chorej uspionej, gdyż, jak słusznie podnosi Pozzi, uniknąć można tym sposobem w wielu przypadkach tak mnożących się nacięć próbnych.

W warunkach korzystnych, dają się łatwo i prawidłowe trąbki wybadać, a kto nie zaniedbuje dokładnego badania, temu trąbki zgrubiałe i twardsze prawie się same nasuwają jako postronki poczynające się na rogu macicy i dające się śledzić w całym przebiegu. Najczęściej też wówczas daje się wybadać i powiększony wybitnie bolesny jajnik (*Tubo-oophoritis*). W innych przypadkach trąbka wązka w końcu macicznym, rozszerza się albo stopniowo aż ku końcowi brzuszemu, lub nagle i blisko rogu macicznego w obrzęk sprężysty, najczęściej w przebiegu skręcony, na którym, w warunkach korzystnych można niekiedy stwierdzić pojedyncze wypukłości przy sobie ułożone i zwiększające się ku końcowi brzuszemu (*Hydrosalpinx*, *Haematosalpinx*); a podług Schrödera obrzęki takie przed macicą ułożone trudno z czem innym pomieszać. Jeżeli, co się rzadko wydarza, istnieje albo samoistne opróżnianie się z treści (*Hydrops tubae profluens*), lub gdy to się udaje za lekkim uciskiem obrzęku (z czem jednak trzeba być

bardzo ostrożnym, aby nie sprawić pęknięcia), to rozpoznaniu przybwa objaw znaczenia patognomonicznego.

W przypadkach obrzęków, w których ani zarysów rozdętej trąbki ani też jajnika nie można wy badać, gdyż wszystko tworzy jedną bezkształtną masę, istnieje jeszcze jedna cecha, która, jak twierdzi A. Martin nigdy go nie miała zawiesić, t. j. możebność wycucia, choćby małego kawałeczka nierozdętego macicznego końca trąbki. Tę cechę uważa A. Martin za tak ważną, że nie stawia rozpoznania pewnego, gdy od rogu macicy nie może trąbki wy badać. Simpson podnosi jako cechę obrzęków trąbkowych ich ruchomość. To prawda, że nie często ona istnieje wobec znacznych zlepów i wypocin, lecz w niektórych przypadkach, gdy sądzimy że mamy do czynienia z nieruchomymi wypocinami, próba oburęczna wykaże wprawdzie ograniczoną, lecz bardzo wyraźną ruchomość w kierunku z dołu w górę.

W końcu, cechą zapaleń trąbkowych jest obustronność schorzenia. W przypadkach zatem z jednej strony co do przyrody schorzenia wątpliwych, świadczy o zapaleniu trąbki zajęcie i drugiej strony, gdzie zmiany mogą być jeszcze świeższej daty i dać się jeszcze niewątpliwie do trąbki odnieść.

Z jakiego rodzaju treścią worka trąbkowego mamy do czynienia, t. j. czy z puchliną trąbkową, czy z krwistkiem trąbkowym, lub też z otokiem ropnym, świadczą wywiady, stan ogólny chorej i jakość wybadanego obrzęku. W przypadkach napiętego, ruchomego, nieznacznie bolesnego obrzęku, kształtu podłużnego lub maczugowatego, albo też okazującego charakterystyczne zasznurowania, rozpoznajemy wolny worek trąbkowy zawierający treść surowiczą lub krwawą. Czem większym jednak jest obrzęk, jaki tworzy szczególnie puchlina trąbkowa, tem łatwiejsze jest pomieszanie jej z torbielem jajnikowym. Obrzęki większe jednak, dochodzące wielkości głowy dziecka, lub więcej, puchlina trąbkowa nader rzadko sprawia.

Za ropnem zapaleniem i otokiem (*Pyosalpinx*) przemawiają znaczne objawy zapalne otrzewny sąsiedniej, podupały stan ogólny chorej, zachowanie się ciepłoty ciała i wywiady, które pozwalają odnieść cierpienie do sprawy położowej lub zarażenia rzeżączkowego, za którymi to przyczynami silnie przemawia obustronność schorzenia.

Pomimo tych powyżej przytoczonych cech, największa część schorzeń trąbkowych, przebiegających z zapalną okołotrąbkową wypociną, która uniemożliwia wy badanie zarysów trąbki rozdętej, i ropni trąbkowych, teraz jeszcze przez wielu nawet ginekologów roz-

poznawaną bywa albo jako zapalenie samej tylko otrzewny miednicowej (*Pelvipерitonitis*) lub jako produkty tego zapalenia. Częstość schorzeń trąbkowych jest jednak tak znaczną, a pierwotne zapalenie otrzewny miednicowej t. j. niezależne od schorzenia trąbek tak rzadkiem, że się dziś na sprawy te całkiem odwrotnie zapatrujemy. A że to zapatrywanie takim być powinno, dowiodły liczne laparotomie, dokonane w celu uleczenia otoku trąbkowego, który dawniej uchodził za otok śródtrzewnowy, a dodać tu należy, że odróżnienie jednego od drugiego, nie zawsze i na preparacie anatomicznym się udaje.

Jest jeszcze jedna nader ważna sprawa. o której wobec zmian, które do rozděcia trąbek odnosimy, zapominać nie wolno a tą jest ciąża zamaciczna trąbkowa (*Graviditas extrauterina tubaria*). Podobnie jak i choroby trąbkowe, wydarza się ciąża zamaciczna znacznie częściej, niż bywa rozpoznawaną, a do przeoczenia przyczynia się ta okoliczność, że czasem aż do pęknięcia trąbki może przebiegać bez żadnych objawów, do niewłaściwego zaś rozpoznania ta okoliczność, że nie rzadko mamy z nią do czynienia u takich kobiet, które przez długie lata były nieplodne, co się tem tłómaczy, że stany chorobowe trąbek, tak jak z jednej strony bywają przyczyną nieplodności, tak z drugiej, dają powód do pozostania zapłodnionego jajka w trąbce, czyli do ciąży trąbkowej. Ciężarna trąbka albo pęka w drugim lub trzecim miesiącu ciąży, bez sprawiania poprzednio dolegliwości i bywa przyczyną albo śmiertelnego krwotoku w jamę otrzewny, albo też wśród groźnych przypadków pierwotnych, (ostrej niedokrewności i objawów zapalenia otrzewny) wytwarza się obraz chorobowy, właściwy krwistekowi śródtrzewnowemu czyli pozamacicznemu (*Haematocele intraperitonealis, vel retrouterina*), lub też gdy sprawia dolegliwości, bywa rozpoznawaną stósownie do obrazu klinicznego, albo jako proste zapalenie okołomaciczne z znaczną wypociną, albo jako czysta puchlina trąbkowa lub krwistek trąbkowy. Od błędu najczęściej chroni pamiętanie o możebności ciąży zamacicznej i o głównych jej cechach, jakiemi są: brak jednego lub kilku okresów miesięczkowych; jednostronność i uderzająca miękkość obrzęku, którego wielkość odpowiada w przybliżeniu wiekowi jaja płodowego, licząc od daty ostatniej regularności; istnienie przypadków świeżej dopiero daty; brak przyczyn, przemawiających za zapaleniem trąbkowym, i dający się udowodnić szybszy wzrost obrzęku. Pomimo tych cech pozostaje jednak dużo przypadków, w których rozpoznanie bywa wąt-

pliwem. Niezawodnie za ciążą przemawia oddzielanie się z macicy i odpływanie na zewnątrz błonek, których badanie wykaże, że są błoną doczesną (*Decidua*). Jeżeli zaś po odjęciu worka trąbkowego okaże się z treści, iż jest on krwistkiem trąbkowym, to istnienie kosmków kosmówki świadczy, że mieliśmy do czynienia z ciążą trąbkową.

**Rokowanie** nawet w prostych, nieżytowych formach zapalenia, bywa co do zupełnego uleczenia, w rozumieniu anatomicznem, wątpliwem, wogóle jednak, w większej części tych przypadków, co do ustąpienia objawów dobrem, jakkolwiek choroby trąbek cechują się uporczywością. W zapaleniach ropnych jest rokowanie względnie lepszem w formach połogowych, gdyż tu częściej się wydarza przebicie się ropy na zewnątrz i uleczenie względne, t. j. ze zniszczeniem czynności trąbki. Nieuwzględniając zapaleń gruźliczych, dla których rokowanie jest złem, jest ono w przypadkach otoku rzeźączkowego zawsze wątpliwem, ze względu na możebność uleczenia tylko za pomocą odjęcia worka trąbkowego (*Pyo-Salpingotomia*). Tu bowiem i niebezpieczeństwo samej operacji jest znacznie większem z powodu wzrostów niż w przypadkach puchliny i krwisteku trąbkowego.

**Leczenie.** Że leczenie przeciwzapalne prostszych form zapaleń trąbkowych, bywa częściej skutecznem niżby się tego spodziewać można po położeniu trąbek, dla takiego leczenia niekorzystnem, dowodzą przypadki A. Martina, w których konieczność uleczenia za pomocą odjęcia trąbek, zaszła tylko w niespełna  $\frac{1}{5}$  części przypadków.

W zapaleniu ostrem, lub w zaostrzeniach zapalnych, przebiegających ze znaczną bolesnością, polecamy spokój, wypróżnienia kiszki, zimne okłady często zmieniane, lub worek z lodem położony na okładzie w okolicy podbrzusza; miejscowy upust krwi przez nakłucia lub nacięcia części pochwowej, lub przystawieniem 3—5 pijawek (jeżeli chora nie jest bardzo niedokrewną) a przeciw bólom czopki stółcowe z makowcem lub morfiną. Gdy bolesność dotykowa staje się więcej ograniczoną do okolicy jednej lub obu trąbek, poleca Pozzi przyłożenie w miejscu bolesnem pryszczycyła (*Vesicator*), a po obcięciu pęcherza niem wywołanego, posypywanie miejsca sączącego proszkiem zawierającym morfinę. A. Martin zachwala, szczególnie w zapaleniach pochodzenia rzeźączkowego, działanie weierań szaruchy (*Ungt. cinereum*), której w kilku przypadkach, w korzystny sposób użyłem w połączeniu z ichtyolem.

Po ustąpieniu znacznej bolesności, polecamy kąpiele pełne i nasiadowe, z dodaniem soli kuchennej lub Iwonickiej, Rabczańskiej, Franzensbadzkiej lub ługu Morszyńskiego; kąpiele borowinowe, i okłady z borowiny.

W leczeniu przewłocznego okresu, prostych, to znaczy nietorbielowych form zapaleń, ważną jest wskazówką istnienie wybitnych objawów nieżyty błony śluzowej jamy macicy, gdyż wówczas należy głównie zwrócić uwagę na uleczenie go za pomocą przepłukiwań jamy, wstrzykiwań nalewki jodowej, lub w końcu za pomocą zeskrobania przerosłej błony śluzowej i powtarzanego wstrzykiwania jak to opisano na str. 219 i 220. Wszędzie się spotykamy z tem zaleceniem, aby szczególnie dokładnie wyskrobać okolice ujść trąbkowych, gdyż to ułatwia i przywraca drożność trąbek. Wykonanie jednak tego zalecenia bywa o wiele trudniejszym niż pisanie o niem. Przez niektórych autorów bywa nawet podnoszoną i ta okoliczność, że w przypadkach puchliny trąbkowej, wyskrobanie okolic ujść trąbkowych może się przyczynić do samoistnego wypróżnienia się treści trąbki przez jamę macicy na zewnątrz. Pomimo to, ze względu na tak silny bodziec, jaki to postępowanie stanowi, nie ośmieliłbym się ani go wykonać, ani polecać, z obawy wzniesienia kureczów macicznych lub trąbkowych, mogących prowadzić do pęknięcia worka.

Trąbka w miernym stopniu rozdęta wydzieliną surowiczą lub krwawą, czyli puchlina i krwistek trąbkowy, mogą przy stósownem zachowaniu się chorej i leczeniu, albo trwać niezmiennie, lub powoli się zmniejszać i względnie uleczyć. Znaczne zaś rozdęcia trąbek, nawet całkiem ruchome, to znaczy przebiegające bez miejscowych zapaleń otrzewny lub rozdęcia mierne lecz powiększające się, należy bezwarunkowo leczyć operacyjnie przez nakłucie lub przez odjęcie worka trąbkowego.

W przypadkach puchliny trąbkowej, gdy obrzęk przylega do sklepienia pochwowego, lub do niego może być przysuniętym, można spróbować opróżnienia, przez nakłucie od pochwy, do czego użyć należy bardzo cienkiego trójgrańca (*Explorativ-Trocart*) który do tego celu podał Landau. Opróżnione z treści worki puchliny trąbkowej, mogą się nie wypełniać ponownie, i w ten sposób, nakłuciem możemy ominąć operację odjęcia trąbki przez laparotomię, która, jak to każdy nieuprzedzony przyznać musi, jest zabiegiem o wiele cięższym, a do którego uciec się musimy, gdy warunki dla łatwiejszego sposobu uleczenia nie istnieją.

Zapalenia trąbek przyrody zakaźnej, mianowicie połogowe i rzeżączkowe, przebiegające ze znaczną wypociną okołotrąbkową i wytworzeniem otoku trąbkowego (*Pyosalpinx*) leczymy tak samo jak zapalenia otrzewny ostre i przewłoczne, o czym będzie mowa w rozdziale VIII. tej książki. Często też leczenie to wystarcza do względnego uleczenia, polegającego albo na przebicciu się ropy na zewnątrz, lub zagęszczeniu jej, z pozostaniem na zawsze, twardego, mniej lub więcej ustalonego obrzęku, składającego się z jednej wypocinowej masy obejmującej trąbkę i jajnik. W przypadkach zaś, gdy takie względne uleczenie nie udaje się, lub gdy uśmierzone leczeniem objawy, jak to właśnie cechuje zakaźne zapalenia trąbek, powracają, przez co zmiany zapalne się rozszerzają a stan ogólny chorych znacznie podupada, tak, że kobiety tem cierpieniem dotknięte, przedstawiają typowy obraz „wiecznie chorych“, pozbawionych wszelkiego używania życia i zdolności do pracy, występuje wskazanie do leczenia operacyjnego przez otworzenie ropni od pochwy (o czym obszerniej pomówimy w rozdziale o zapaleniach otrzewny), lub przez odjęcie trąbki i jajnika po poprzednim wyłuszczeniu ich ze złogów zapalnych i uwolnieniu od zlepow. Ze względu na to, że otoki trąbkowe pochodzenia połogowego częściej podlegają względnemu uleczeniu przez przebiccie się ropy do narządów sąsiednich, konieczność wycięcia trąbek występuje najczęściej wobec otoków pochodzenia rzeżączkowego.

### Operacja odjęcia trąbek. Salpingotomia.

Operacja ta, która ostatnimi laty bardzo często bywa wykonywaną, jest albo bardzo łatwą, t. j. typową lub bardzo trudną, i to czasem do tego stopnia, że w ścisłym znaczeniu, jako całkowite odjęcie trąbki, niewykonalną. Łatwą bywa operacja w przypadkach worków trąbkowych całkiem wolnych, co się często wydarza wobec puchliny i krwisteku trąbkowego, a wyjątkowo tylko w przypadku otoku ropnego.

W ułożeniu chorej ze znacznie podwyższoną okolicą krzyżową, na stole Trendelenburga lub Pani Horn, lub też na zwykłym stole z podsunieciem klinowatej podpory pod krzyże, po rozcięciu brzucha odsuwamy kiszki, zalegające miednicę małą, ku górze, lub i bez tego wsuniętymi na dno macicy palcami, schodzimy na worek trąbkowy, wyciągamy go ostrożnie w ranę i po podwójnem podwiązaniu blisko rogu macicznego, przecinamy pomiędzy dwiema podwiazkami trąbkę,

albo nożyczkami i następnie miejsce odcięcia przypalamy termokauterem, lub co lepiej, termokauterem przecinamy od razu.

W przypadkach, pozlepianego z otoczeniem i pokrytego wypocinami, otoku trąbkowego, musimy trąbkę w całym jej obwodzie od zlepów uwolnić. Stosunki bywają tu tak rozmaite, że żadnych ścisłych reguł operowania postawić nie można.

Operatorzy niemieccy polecają w tych przypadkach zupełne odsłonięcie narządów małej miednicy, przez usunięcie z niej wszystkich pętli kiszkowych, a gdy to w ten sposób się nie udaje, polecają wydobycie kiszek na zewnątrz i przykrycie ich aseptycznymi, ciepłymi i mokremi lub tymolowemi chustami. Lawson Tait a za nim i Pozzi unikają z zasady usuwania kiszek ku górze lub na zewnątrz, jakoteż rozciągania rany brzusznej i w odłuszczeniu kierują się przeważnie czuciem czyli dotykiem.

Wobec większych otoków trąbkowych, polecają A. Martin i Pozzi, przed przystąpieniem do wyluszczenia, opróżnienie ich za pomocą aspiratora Potaina. Tym sposobem traci się tę wygodę, jaką mamy wyluszczać obrzęk napięty, zatem o granicach wyraźnych, lecz unika się niebezpieczeństwa przedarcia obrzęku i wylania się treści do jamy brzusznej. Wprawdzie, jak już wspomniano, liczne mamy przykłady, w których nawet cuchnąca ropa otoku trąbkowego okazała się obojętną dla otrzewny, lecz na to liczyć nie wolno.

Podług Fritsch'a, znacznie ma ułatwiać operację i oryentowanie się, gdy asystent dwoma palcami, od pochwy, podnosi macicę w górę.

Pierwszy akt odłuszczenia polega na wyszukaniu dna macicy i dostaniu się palcem wskazującym, tuż przy krawędzi macicy, pod maciczne uczeplenie obrzęku, czyli na obejściu palcem tego miejsca obrzęku, które w największej ilości przypadków bywa wolne. Bardzo ważnem jest przy tem, aby objąć palcem i więzadło okrągłe, które jest tak silne, że nie przerwie się przy pociąganiu. Następnie koło palca pod trąbkę, więzadło jajnikowe i okrągłe, wbijamy silną zakrzywioną igłę, nawleczoną mocną nitką jedwabną i zawiązujemy ją silnie tuż przy rogu macicznym. Zapim odetniemy maciczne uczeplenie trąbki, należy zabezpieczyć się przed wylaniem się jej treści, zatem wypadaloby założyć drugą podwiązkę w pobliżu pierwszej i pomiędzy niemi trąbkę przeciąć. Nitka jednak łatwo przeciąć może kruchą i napiętą ścianę trąbki i dlatego radzi Fritsch zaciśnięcie trąbki za pomocą silnych kleszczyków i przepalenie jej termokauterem, poczem maciczny kawałek trąbki przypalamy aż do zwęglenia.



Teraz za pomocą tych kleszczyków, któremi ujęliśmy obwodową część trąbki, możemy obrzęk znacznie od macicy oddalić. Jeżeli temu przeszkadza część naciekłego i zgrubiałego więzu szerokiego, to zakładamy przez nią kilka ósemkowych szwów Zweifla lub Obalińskiego (patrz str. 353). Odłuszczenie zlepow w ogóle zawsze rozpocząć się powinno od macicznego końca trąbki, ile możności tylko palcami, przycinając twarde, nitkowate części nożyczkami, lub przepalając je termokauterem, i posuwając się coraz niżej ku zatoce Douglasa. Krwawienie z całych powierzchni, należy powstrzymywać przyciśnięciem na parę minut chusty aseptycznej a krwawienie z naczyń pojedynczych przez podwiązanie, okłucie lub przyżeganie termokauterem. Postępując coraz więcej ku dołowi t. j. do dna miednicy, najlepiej całą trąbkę od spodu objąć palcami a odłuszczoną zupełnie odjąć, po podwiązaniu zewnętrznej części więzu szerokiego tuż przy linii bezimiennej.

Ilość przypadków, w których odosobnienie trąbki z połączeń się nie udaje, zmniejsza się znacznie w miarę nabytej wprawy. Zweifel na 58 przypadków otoku ropnego, tylko w dwóch przypadkach zmuszony był pozostawić worek niewyłuszczony. W takim razie zaleca się, po opróżnieniu worka aspiratorem Pataina, rozciąć go, wyskrobać całą wewnętrzną powierzchnię ostrą łyżeczką, lub, jak radzi Fritsch, wytrzeć silnie gazą jodoformową, i tak jak to A. Martin czyni, zmniejszyć worek przez obcięcie ścian, drenować ku pochwie i ponad drenem resztę worka zeszyć.

Schauta<sup>1)</sup> modyfikuje postępowanie, stósownie do tego, czy treść otoku ropnego zawiera drobnoustroje ropy, czy nie. W tym celu, przyszywa on nieotwarty worek trąbkowy w dość znacznym obwodzie do otrzewny rany brzusznej, poczem treść za pomocą punkcji otrzymaną poddaje badaniu bakteriologicznemu, które musi być na oczekaniu wykonane. Jeżeli badanie wykaże brak wspomnianych drobnoustrojów, to uwalnia worek od szwów i wyłuszcza go, w przeciwnym zaś razie, po paru dniach dopiero, rozcina go i drenuje ku pochwie. W ostatnich latach rozpoczęto, i to wyłącznie we Francji, operować, szczególnie obustronne otoki trąbkowe, przez wycięcie macicy od pochwy. Twórcą tej nowej metody (którą obszerniej opisujemy w VIII-mym rozdziale tej książki) jest Péan.

Ponieważ chore, cierpiące na obustronne zapalenie trąbek, tracą przez operację nie tylko obie trąbki lecz i jajniki (gdyż pozostawienie nawet wyjątkowo

(<sup>1</sup> *Gynaecol. Congress. Breslau 1893.*

zdrowych jajników nie ma w takim razie celu, a nawet byłoby szkodliwym), zatem pierwszy Schröder, spróbował w jednym przypadku częściowego odjęcia trąbki a następnie utworzył sztuczne ujście przez rozcięcie jej (*Salpingostomia*) i ujście to przyszył do jajnika. Pomimo, że Hegar te zachowawcze usiłowania nazwał „bezsukteczną sztuczką operatorską“, poszedł za Schröderem A. Martin, który w razie schorzenia jajnika odejmuje tylko jego część schorzałą a do pozostałej zdrowej reszty, przyszywa pozostałą część trąbki.

## Gruźlica trąbek. *Tuberculosis tubarum*.

Podobnie jak przyjadrze u mężczyzn, tak trąbka u kobiet jest narządem, w którym względnie nierzadko wydarza się gruźlica i to pierwotna.

Jako najczęstszą drogę zakażenia gruźliczego, przyjąć należy pochwę i macicę a o wiele częstsze pojawianie się gruźlicy w trąbkach, przypisujemy mniej korzystnym do rozwoju warunkom, jakie znajdują laseczniki gruźlicze w macicy, której błona śluzowa oddziela się w okresach miesiączkowych, zatem nie sprzyja ich usadowieniu się.

Ale i w przypadkach gruźlicy innych narządów z całego narządu płciowego, najpierw i najczęściej trąbka ulega schorzeniu. Przy wcześniejszem zakażeniu pochwy i macicy, zakażenie trąbki następuje albo w ciągłości lub i przez naczynia chłonne i przez tkanę łączną miednicy z wrzodów gruźliczych, lub przez ranki sprawione porodem. Trąbki zatem, prawie zawsze biorą udział w gruźlicy narządu płciowego, a w połowie przypadków bywają jej wyłączną siedzibą. Z wrzodów kiszki i gruźlicy otrzewny, dostają się laseczniki z prądem limfy do ujścia brzuszno-trąbek, a przyczynę tego wyjaśniają piękne doświadczenia Pinnera<sup>1)</sup> dokonane na zwierzętach, podług których drobne ciała wprowadzone w jamę otrzewną, szybko dostawały się do trąbek i macicy i nawet przez pochwę bywały wydalane na zewnątrz.

**Anatomia patologiczna.** W licznych fałdkach błony śluzowej lejka trąbkowego znajdują laseczniki gruźlicze dla rozwoju bardzo korzystne miejsce i tu też wśród objawów początkowo tylko niezbytowych, pojawiają się szarawe guzki wielkości prosa, a następnie sprawa szerzy się i na resztę trąbki i może przejść na macicę i pochwę a z drugiej strony i na otrzewną, jeżeli sprawa nie z niej

<sup>1)</sup> Ueber den Eintritt des Ei's aus dem Ovarium in die Tuben, beim Säugethier. — *Arch. f. Anat. und Physiol.* 1880.

rozszerzyła się na trąbki. W dalszym przebiegu, naciekle ściany trąbki grubieją znacznie, stają się niepodatne, twarde, a przewód ich wypełnia masa serowato-mazista, pod którą tu i owdzie znajdują się owrzodzenia, mogące prowadzić do przebicia ścian.

Po zlepieniu się ujść trąbkowych, następują zmiany prawie niczem się nie różniące od otoku ropnego (*Pyosalpinx*), który jednak może być tak wielkim, że zawiera nawet 2 litry ropy (Werth<sup>1)</sup>). Najczęstszą jednak formą zmian gruźliczych, bywają rozdęcia trąbek, różnawo obok siebie ułożone, w ilości 2—5, wielkości od bobu do orzecha włoskiego. Tak zmienione trąbki układają się w przewód mocno skręcony obok macicy a częściej poza nią.

Do zmian opisanych zawsze przyłączają się zapalenia otrzewny miednicowej, prowadzące do zlepień i wypocin a w przypadkach zmian znacznie rozszerzonych, przyłącza się i przesączyna płynna w jamie brzusznej.

**Objawy i przebieg** gruźlicy trąbkowej następowej często bywają maskowane przez objawy gruźlicy innych narządów a mianowicie płuc, kiszek lub otrzewny i wówczas mogą ujść uwadze. W innych przypadkach, gdy z powodu nieznacznych jeszcze zmian w płucach, występuje gruźlica jako główne cierpienie w trąbkach, to przebiega wówczas wśród objawów właściwych opisanemu zapaleniu trąbek lub otokowi ropnemu.

Przebieg gruźlicy jest zawsze złym, a zniszczenia które miejscowo wywołuje, bywają ze wszystkich zmian zapalnych największe.

**Rozpoznanie.** Wywiady mogą dać wskazówki o dziedziczności lub możności zakażenia, a dokładne badanie stanu ogólnego i wykrycie źródła gruźliczego, może naprowadzić na domysł, że zmiany miejscowe mają przyczynę gruźliczą. co naturalnie zupełnie odpada, gdy się rozchodzi o pierwotną gruźlicę trąbek.

Co do wyników samego badania, to i tu rozróżniamy okres, w którym trąbki jako takie dają się wysledzić, i okres, gdy następowe zmiany otoczenia już to niemożliwym uczynią. W pierwszym przypadku bywa dość cechującym jednostajne, znaczne zgrubienie i stwardnienie trąbek w całej długości, tak, że Chiarì (starszy) i Veit z tej cechy rozpoznawali gruźlicę. Jeżeli rozdęcia trąbek są maczugowate lub kielbasowate, to z samego ich badania nie wynika żaden szczegół cechujący, a tylko możebne wykazanie laseczników

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1889.

gruźliczych w wydzielinie macicy, mogłoby sprawę rozstrzygnąć. Jeżeli zaś znajdujemy różańcowato obok siebie ułożone obrzęki, to wskazane jest odjęcie, gdy sprawa w innych narządach okazuje skłonność do uleczenia. Równoczesna świeża gruźlica otrzewny, nie tworzy przeciwwskazania, lecz przeciwnie nakazuje operację, gdyż udowodnionem jest samoistne, lub sztuką ułatwione uleczenie, nawet rozlanych gruźliczych zapaleń otrzewny.

Przeciwwskazaną jest operacja wobec znacznie posuniętego schorzenia innych narządów, widocznego upadku stanu ogólnego, zbyt rozległych ścisłych zrostów i rozpadu nacieków.

Gdy zwyrodnienie rozciąga się tylko na trąbkę i przyległą część więzu szerokiego, to odjęcie schorzałych części, w zupełności jest możliwym. Jeżeli równocześnie zajęta jest i błona śluzowa macicy, wówczas ograniczamy się do samego odjęcia trąbek, gdyż późniejsze leczenie ma prawdopodobieństwo skutku.

Gdy zaś obrzęk trąbkowy już nie da się usunąć, to wskazaniem jest wobec ropni i jam gruźliczych (*Cavernae*), jeżeli one są przystępne od pochwy lub powłok brzusznych, otwarcie ich, wypłukiwanie i wypełnianie gazą jodoformową.

## Nowotwory trąbek.

### Włókniaki, tłuszczaki i torbiele.

Włókniaki trąbek rzadko się wydarzają, i to najczęściej kilka razem. Dosiegają one wielkości grochu lub bobu, a włókniak wielkości głowy dziecka, znany jest tylko z opisu Simpsona. Rozwijają się one najczęściej podotrzewnowo, tak, że łatwo się uszypułkują, lecz wydarzają się i śródściennie, a w budowie przeważa najczęściej utkanie włókniste (Winckel). Usadowanie częste bywa w przebiegu trąbki, lub w strzępkach. Wzrastanie ich na zewnątrz, jest przyczyną, iż nie sprawiają ścieśnienia przewodu trąbki.

Tłuszczaki wydarzają się pomiędzy blaszkami więzu szerokiego, na dolnej ścianie trąbek, w zewnętrznej  $\frac{1}{3}$  długości i rzadko dosiegają wielkości orzecha włoskiego.

Torbiele. U starszych kobiet szczególnie, wydarzają się na więzie szerokim i na otrzewnie trąbek, pęcherzyki od wielkości prosa do bobu, wypełnione treścią klejową, które na strzępkach często się uszypułkują.

Na błonie śluzowej lejka trąbkowego, znajdują się niekiedy w rzędach, promienisto ułożone, drobne pęcherzyki, powstające prawdopodobnie przez zagłębienia dołków międzyfałdkowych i wypełnienie ich wydzieliną.

### Rak trąbek.

Pierwotny rak trąbek należy do takich nadzwyczajnych rzadkości, że dotychczas znamy tylko 3 przypadki na pewne stwierdzone a mianowicie: Martina, opisany przez Orthmanna<sup>1)</sup>, Sängera i Kaltenbacha<sup>2)</sup>. W przypadku Martina, obrzęk zawierający 1½ litra ropy, złożony był z trąbki i dwóch jam ropnych, a na wewnętrznej ścianie trąbki, znajdowały się miękkie, brodawkowate narośle, których badanie stwierdziło raka.

Rzadko też bardzo następuje w trąbce przerzut rakowy, jak w przypadku Scanzoniego, w którym był rak jajnika lewego, z przerzutem w prawej trąbce.

Rak następowy, powstający przez ciągłość, łatwiej przechodzi na trąbkę z pierwotnego raka jajnika i otrzewny, niż z raka macicy. Dlatego też często się wydarza, że w przypadkach bardzo znacznego zwyrodnienia rakowego macicy i jej otoczenia, znajdujemy trąbki nie zwyrodniałe.

Zwyrodnienie rakowe trąbek, odgrywa tylko podrzędną rolę wobec zwyrodnienia macicy, jajników i otrzewny i tylko wyjątkowo jako takie może się stać przyczyną śmierci, gdy występuje w postaci obrzęku trąbkowego, który sposoczeje i pęknie do jamy otrzewny.

### Mięsak trąbki.

Mięsaka trąbki, którego istnieniu przeczesano, istnieją dotychczas dwa przypadki, a mianowicie Sängera<sup>3)</sup> i Gottschalka. W pierwszym przypadku był mięsak złożony z małych, okrągłych komórek, w drugim, z małych wrzecionowatych. Nowotwór tworzył kilka obok siebie ułożonych obrzęków, dochodzących wielkości jaja gołębiego, częścią stałych, częścią chełboczących, a prócz tego, w obu przypadkach istniały przerzuty w zatoce Douglasa.



<sup>1)</sup> *Beiträge zur normalen Histologie und Path. des Eileiters*. Virchow's *Archiv*. T. 108, str. 165. — <sup>2)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1889, str. 74. — <sup>3)</sup> Tamże. 1886, str. 601.

## ROZDZIAŁ SIÓDMY.

---

# Choroby jajników.

---

Począwszy od 10-tego tygodnia rozwoju płodowego, poczyną gruczoł płciowy okazywać znamiona tylko jednej płci właściwe w ten sposób, iż, jeżeli ma z niego powstać jajnik, to staje się on więcej spłaszczonym, wydłużonym i ukośnie ułożonym. Leży on po wewnętrznej stronie ciała Wolffa, z którym połączony jest za pomocą zdwojenia otrzewny t. zw. krezki jajnikowej (*Mesovarium*).

Zstąpienie jajników nie odbywa się czynnie, t. j. w ten sposób jak jąder za pomocą jądrovodu (*Gubernaculum Hunteri*), lecz biernie, przez wzrost narządów powyżej położonych (Kölliker), tak, że w ostatnich miesiącach życia płodowego, zbliżają się one do wehodu miednicy i leżą dłuższy czas poza macicą.

Podłużny i płaski jajnik płodowy okazuje górną, czyli przodkową warstwę mięszszową i dolną, czyli tylną, naczyniową. Takie zaś zwinięcie się tego narządu, że warstwa naczyniowa staje się wewnętrzną czyli rdzeniową (*Markssubstanz*), a mięszszowa zewnętrzną czyli korową, następuje dopiero w życiu zapłodowem, i wówczas dopiero przybiera jajnik właściwą sobie postać migdałka. Naczynia wchodzią w jajnik przez wnękę (*Hilus*) umieszczoną od spodu.

Powierzchnia jajnika pokryta jest przybłonkiem wałeczkowym, pięknie mozaikowo ułożonym. Jest to przybłonek zarodkowy (*Keimepithel* Waldeyera), który, począwszy od 3-go miesiąca życia płodowego, poczyną wrastać w warstwę mięszszową, w postaci kłębków oddzielonych od siebie tkanką łączną. W tych to kłębkach przybłonkowych (pęcherzyki pierwotne czyli Pflügerowskie, *Primordialfollikel*), już wcześniej niektóre przybłonki odznaczają się wielkością i dużem jądrem; są to przyszłe jajka, które się powoli odosobniają, przez wrastanie po

między nie tkanki łącznej, tak, że otrzymują własną osłonę, (pęcherzyk Graafowy). Ponieważ gotowe, pęcherzykami odosobnione jajka, leżą głębiej, blisko warstwy rdzeniowej, a w kłębkach, jeszcze obok siebie ułożone, więcej powierzchownie, zatem rozróżniamy w samej warstwie miąższowej dziedzinę pęcherzyków i dziedzinę kłębków przybłonkowych. Tworzenie się jajek z kłębków przybłonkowych uważamy za ukończone z życiem płodowem, a zupełną zamianę na pęcherzyki, z końcem drugiego roku życia.

Błona biała jajnika (*Albuginea*) tworzy się dopiero w życiu zapłodowem w ten sposób, że, przez ciągle wędrowanie komórek zewnętrznej warstwy w głąb, warstwa powierzchniowa staje się coraz uboższą w komórki, ścięgnistą, a grubienie jej trwa przez całe życie.

Nerwy jajników są po największej części nerwami naczyniowymi, a ilość ich jest tak znaczną, że stanowią one główną część utkania międzypęcherzykowego (O. v. Herff<sup>1)</sup>). Wysyłają one gałązki do każdego pęcherzyka, drążące aż do błony ziarnistej (*Membr. granulosa*). Istnienie komórek zwojowych, nie zostało dostatecznie stwierdzonem, jakkolwiek, przynajmniej we wnętrzu (*Hilus*), jest bardzo prawdopodobnem. (O. v. Herff).

Kształt jajnika bywa migdałkowy, czyli spłaszczonego owoidu, którego przodkowa, czyli trąbkowa powierzchnia przyplaszczona, tylna zaś wypuklejsza; koniec wewnętrzny więcej ostro wydłużony, zewnętrzny zaokrąglony; brzeg dolny prostszy, górny zaokrąglony. Długość jajnika kobiet młodych, bywa w przecięciu 4 cm., szerokość 2,2 cm., grubość 1,3 cm. (Luscka).

Położenie. Jajniki leżą we wchodzie małej miednicy, prawie równoległe do jej ścian bocznych, zwrócone powierzchnią płaską nieco na zewnątrz i ku przodowi, wypukłą zaś ku wewnątrz i ku tyłowi, tak, że koniec wewnętrzny więcej wysunięty ku przodowi niż zewnętrzny, około którego okręca się strzępkowy koniec trąbki.

Jajnik, razem z brzuszny końcem trąbki, jest jedynym narządem, który leży rzeczywiście w jamie otrzewny, w którą jest wsunięty przez jej otwór, zatem w bardzo znacznej części nie jest on pokryty otrzewną, a tylko małą wewnętrzną dolną częścią leży w fałdzie tylnej blaszki więz. szerokiego. Prócz tego utwierdzenia, posiada on własne silne więzadło 2,5—3 cm. długie, uczone do rogu macicy poza trąbką i nieco niżej. Z najdłuższym strzępkiem trąbkowym (*Fimbria ovarica*), łączy go słaby więz. (*Lig. infundibulo-ovariacum*), który przeskadza tylko oddaleniu się lejka od jajnika, a w dalszym ciągu przechodzi w dość długie zdwojenie otrzewny, od lejka do tylnej części zatoki biodrowej (*Lig. infundibulo-pelvicum*), w którym przebiegają naczynia nasienne (*Vasa spermatica*).

Odpowiednio przyjądrzu mężczyzn, posiada i jajnik swój narząd dodatkowy, mianowicie przyjajnik (*Parovarium, Epoophoron*), czyli narząd Rosenmüllerowski, umieszczony pomiędzy blaszkami *alae vespertilionis*. Składa się on z niejednakiej ilości rurek, które od węgi jajnikowej (*Hilus ovarii*), w rozbieżnym kierunku, zdążają ku trąbce i pod nią jako znaczniejsze zgrubienie się łączą.

<sup>1)</sup> Ueber den feineren Verlauf der Nerven im Eierstocke des Menschen. Zeitschr. f. G. u. Gyn. XXIV. Heft 2.

Rurki przyjajnika zawierają ciecz surowiczą, i przybłonek migawkowy. Czynności jakiegokolwiek narządowi temu przypisać nie można. Druga jeszcze, lecz o wiele mniejsza grupa rurczek, znajduje się na wewnątrz opisanego narządu, także pomiędzy zdwojeniem otzewny.

## **Wady utworowe jajników.**

### **Brak jajników i jajniki szczątkowe.**

Obustronny zupełny brak jajników, wydarza się obok zupełnego braku macicy, lub obok macicy szczątkowej, braku pochwy i części płciowych zewnętrznych, u potworków niezdolnych do życia.

Brak jednostronny, wydarza się obok jednoróżnej macicy z drugim rogiem szczątkowym i brakiem trąbki, lub trąbką szczątkową, przyczem niekiedy nerka tej samej strony bywa obniżoną bez udziału nadnercza.

Wydarza się jednak i brak jajnika nie pochodzący z braku lub zniszczenia zawiązków płodowych, ale nabyty, za życia płodowego, skutkiem zlepow zapalnych, oraz skrętu więzu szerokiego około swej osi i odsznurowania. Wówczas brakuje i zewnętrznej części trąbki, tak, że jej ujście nie posiada strzępków, lub jest zrosnięte, a wiąz szeroki tej strony wygląda jakby odcięty, gdy odpowiedni róg macicy jest zupełnie prawidłowy. Odsznurowany jajnik albo ulega wessaniu i znika zupełnie, lub przylepiony w innym miejscu w jamie brzusznej, lub miednicy, odżywia się naczyniami zlepow, lub bywa zupełnie wolny, jak w przypadkach Heschla i Baumgartena, i torbielowo zwyrodniały.

Jajniki szczątkowe wydarzają się najczęściej obustronnie, obok macicy również szczątkowej lub dwurożnej, jednoróżnej, dwudzielnej, lub wkońcu i prawidłowego rozwoju.

Kształt ich bywa wówczas albo płodowy, t. j. płaski, języczkowy, lub prawidłowy, lecz znacznie zmniejszony. Konieczną jednak cechą jajnika szczątkowego jest zupełny brak pęcherzyków Graafowych, lub istnienie tylko kilku rozwiniętych.

### **Jajniki nadliczbowe.**

Jajniki nadliczbowe mogą być prawdziwe, powstałe z trzeciego zawiązku płodowego. Prawdziwe cechują się kształtem i wielkością zbliżoną do prawidłowych, i własnym więzadłem jajnikowym, przyczepionem do macicy. Przypadek taki prawie jedyny, znamy z opisu



Winckla. Keppler, znalazł, podczas owariotomii, trzeci jajnik z trzecią trąbką, co również przemawiałoby za powstaniem z trzeciego zawiązku.

Wrzekome jajniki nadliczbowe, czyli dodatkowe przyczepki, są znacznie mniejsze, wielkości od prosa do 8 mm. średnicy i zawsze przyczepione krótszą lub dłuższą szypułką do jajnika, i to w tem miejscu, w którem kończy się jego osłona otrzewnowa, co dowodzi, że rozdzielenie się utkania jest w związku ze zstępowaniem jajnika i wsunięciem się tegoż w jamę otrzewny. Beigel znalazł takie jajniki dodatkowe (*Ovaria succenturiata*) na 350 zwłok 8 razy, a Winckel na 500, 18 razy. Nadliczbowe i dodatkowe jajniki mogą zwyrodnienie torbielowo i tem się też tłómaczy, że Olshausen po wykonaniu owariotomii, znalazł, w zwłokach operowanej, oba jajniki.

## Zmiany położenia jajników.

### Przepuklina jajnikowa. Hernia ovarii, Ovariocele.

**Przyczyny.** Jajniki mogą występować z jamy brzusznej każdą drogą właściwą przepuklinom kiszkiowym, i utworzyć przepuklinę jajnikową, która bywa wrodzoną lub nabytą.

Wrodzoną i najczęstszą bywa przepuklina pachwinowa, a wszystkie inne mogą być tylko nabyte. Powstawanie jej tłómaczymy sobie tak, jak zstępowanie jądra przez przewód pachwinowy, z utworzeniem wypustki pochwovej otrzewny (*Processus vaginalis peritonaei*). Bywa ona często obustronną, a treść jej stanowią tylko jajniki z brzuszными końcami trąbek. Jeżeli zaś tych ostatnich nie znajdujemy, to przypuszczać musimy znaczne wydłużenie krezki trąbkowo-jajnikowej (*Ala vespertilionis*). W razie gdy w worku przepuklinowym znajduje się i kiszka, może być przepuklina jajnikowa i nabytą, to znaczy, że jajnik mógł dostać się w nią razem z kiszki, przez możebne zlepienie z niemi.

Przepukliny nabyte najłatwiej powstają w czasie największego zwiótczenia więzadeł, t. j. w położu, i to tem łatwiej, gdy istniała przedtem przepuklina kiszkiowa, pachwinowa lub udowa. Wówczas przez silne zadziałanie tłoczni brzusznej, może jajnik, położony w pobliżu bramy przepuklinowej, zostać w nią wtłoczony, lub też wciągnięty przez trzewia. Prócz przepukliny pachwinowej i o wiele rzadszej udowej, widziano i przepuklinę siedzeniową (przez *foramen ischiadicum majus*) i przez otwór naczyńskiowy *membranae obturatoriae*,

jak również w przepuklinie brzusznej utworzonej z blizny po cięciu brzuszem. Wkóńcu może jajnik przez szczelinę rozciągną głęboko- go miednicy, dostać się w tkankę łączną okołopochwową, i wzdłuż pochwy zstąpić aż do wejścia pochwowego, lub wypadać z tylną ścianą pochwy (*Ovariocele vaginalis*).

**Objawy.** Przepukliny jajnikowe mogą istnieć nie wywołując żadnych dolegliwości, tak, że je w czasie badania, z innego powodu wykonanego, przypadkowo wykrywamy.

Kiedyindziej mogą powstawać objawy uwięźnienia, szczególnie w okresach miesiączkowych, gdy jajniki znacznie obrzmiewają, lub też jajnik, narażony na szkodliwości zewnętrzne, łatwo popaść może w stan zapalny, który albo przemija, albo też może przejść w zropienie. Obustronna przepuklina bywa prawie zawsze przyczyną niepłodności, szczególnie gdy jest wrodzona.

**Rozpoznanie.** Najwięcej cechującym w rozpoznaniu treści przepuklinowej, jest istnienie ciała, którego kształt odpowiada jajnikowi, z cechującą jajnik bolesnością, nawet za lekkim uciskiem. Od pomieszczenia z obrzmiałymi gruczołami, chroni miesiączkowe obrzmiewanie jajników. Wykazanie szyi przepuklinowej i wyniki badania oburęcznego. Czasem bowiem znajdujemy macicę ukośnie ułożoną, zbliżoną odpowiednim rogiem do bramy przepuklinowej, a za pociąganiem jej, palcem lub sondą, ku stronie przeciwnej, udaje się czasem wykazać pociąganie za jajnik i napinający się wiąz jajnikowy (Schroder). Znaczne trudności w rozpoznaniu, stwarzać mogą jajniki w przepuklinie zwyrodniałe.

**Leczenie.** Przepuklina jajnikowa, która nie sprawia dolegliwości, wymaga tylko ochrony zapomocą paska przepuklinowego z wkłesłą poduszeczką. W przeciwnym razie, i jeżeli przepuklina jest nabytą, należy spróbować odprowadzenia (*Taxis*), które wobec wrodzonej przepukliny jest niemożliwym, podobnie jak i uleczenie przez operację, gdyż jajnik nieda się odprowadzić. Jeżeli zatem jajniki w przepuklinach wrodzonych sprawiają znaczne dolegliwości, lub w ogóle są zwyrodniałe, wówczas należy wykonać trzebieenie (*Castratio*).

### Obniżenie jajników. *Descensus ovariorum.*

Obniżeniem jajników nazywamy taki stan, w którym znajdujemy je obok macicy i nieco ku tyłowi, nad sklepieniem lub na sklepieniu pochwy, lub całkiem za macicą w zatoce Douglasa ułożone.

Ta dość częsta zmiana położenia, dotyczy zwykle jednego jajnika, a rzadziej obu.

Obniżony jajnik znajdujemy najczęściej obok macicy prawidłowo ułożonej, gdyż w razie odchylenia lub odgięcia jej, jajniki przytrzymane przez *Lig. infundibulo-pelvicum*, pozostają przed ciałem macicy, i dlatego istnienie ich poza niem, wydarza się w tych przypadkach o wiele rzadziej.

**Przyczyny.** Najczęstszą przyczyną bywa bardzo znaczne zwiócenie więzów przez ciężę i połów, przyczem może usposabiająco działać i stałe leżenie na wznak, w czasie połogu. Następnie sprawiają obniżenie wypociny zapalne i zlepienie jajnika, w czasie obniżenia połogowego, z otrzewną zatoki Douglasa lub z boki macicy, wreszcie powiększenie ciężaru jajnika sprawami zapalnemi, zwyrodnieniem, lub nawet przez nawał miesięczny. Schultze podaje przypadek obniżenia jajnika, zapalnie powiększonego, w którym on, po uleczeniu zapalenia, powrócił na właściwe sobie miejsce, a Mann to samo spostrzeżenie uczynił w czasie miesiączkowania.

**Objawy.** Obniżone jajniki bywają przyczyną licznych i trudnych do usunięcia dolegliwości, gdyż ucisk, jakiego doznają ze strony macicy, odbytnicy wypełnionej, słupa kału przesuwającego się i szkodliwości zewnętrznych, jak spółkowania, a w końcu i z powodu zastoiny żyłnej wywołanej niewłaściwem położeniem, sprawiają w jajnikach stan trwałego podrażnienia zapalnego. Dlatego też jajnik obniżony okazuje podczas badania zawsze znaczniejszą bolesność, która, szczególnie po twardych stolcach, zwiększa się w formie bólów napadowych, trwających często całemi godzinami, a promieniejących wysoko ku górze aż do okolicy podżebrowej i na dół w odpowiednie udo. Bóle te łatwo także wywołać mogą wstrząśnienia, a w znaczniejszym jeszcze stopniu nawał miesięczkowy.

Stan przewłocznego zapalenia jajnika, udziela się łatwo i otoczeniu i prowadzi do zlepów, zatem do ustalenia jajnika poprzednio ruchomego, przez co wspomniane dolegliwości jeszcze się zwiększają.

**Rozpoznanie** polega na wybadaniu w pobliżu i obok macicy, lub poza nią, ciała odpowiadającego kształtem jajnikowi, które albo łatwo wyslizguje się z pod badającego palca, lub też jest nieruchome, a zawsze cechująco bolesne.

**Leczenie.** Usunięcie dolegliwości pochodzących z obniżenia jajnika, bywa niekiedy bardzo trudnem zadaniem leczenia. W pierwszym rzędzie należy usuwać szkodliwości, zatem dbać o należyte

i wolne wypróżnienia, unikanie spółkowania, ruchów gwałtownych i strzęsienia. Jeżeli jajniki są ruchome, to można je niekiedy skutecznie podnieść zapomocą krążka i ustalić w wyższym położeniu. Z krążków dźwigniowych będą tu najskuteczniejsze te, których tylny łuk jest ile możności gruby, zatem krążki Thomasa. Jeżeli twardy krążek sprawia bolesny ucisk, wówczas należy spróbować krążka miękkiego gumowego lub wydymanego powietrzem, lecz i tych czasem chore nie znoszą, i wówczas uciec się możemy do tamponów z gliceryną borową, w tylne sklepienie wsuwanych. Stan zapalny otoczenia lub samego jajnika, wymaga wyłącznie leczenia przeciwko niemu skierowanego. Jako środek bardzo dzielny, występuje mięsienie oburęczne, przyczem całą uwagę zwrócić należy na to, aby nie ugniatać samego jajnika, lecz otoczenie jego i wykonywać próby odprowadzenia go z nieprawidłowego położenia.

W przypadkach rzadkich, w których żadnem leczeniem nie dadzą się usunąć znaczne dolegliwości, może wystąpić wskazanie trzebienia (*Castratio*), które może być łatwo wykonane przez cięcie tylnego sklepienia, t. j. od pochwy.

## Przekrwienie jajników i wybroczyny jajnikowe.

**Przyczyny.** Znaczne przekrwienie jajników i wybroczyna krwi wypełniającej pęknięty pęcherzyk Graafowy, w ilości 2—4 gr. (Rollin<sup>1)</sup>), towarzyszy, jako sprawa fizyologiczna, każdemu okresowi miesięczkowemu. Przez działanie zaś bodźców szkodliwych w czasie miesięczkowania, może przekrwienie znacznie się przeciągnąć poza okres miesięczkowy, a wybroczyna pęcherzykowa może się stać patologiczną nie tylko obfitością, ale i krwawieniem w sam miąższ jajnika.

Jako bódźce takie znane są: przeziębienia, spółkowanie, zmęczenie, ruch zbyt czynny, praca fizyczna i t. d. Wybroczyny zaś znaczne wydarzają się i po znacznych oparzeniach: w przebiegu chorób ostrych, zakaźnych; chorób krwi; gruźlicy; wad zastawkowych serca z powodu zastoin żylnych, i po otruciu fosforem, a w końcu i bez żadnej wiadomej przyczyny, o wiele częściej niżby sądzić można (Rollin).

**Anatomia patologiczna.** Wynacznienia następują albo do wnętrza pęcherzyków Graafowych. lub w miąższ jajnika.

<sup>1)</sup> *Des hémorrhagies de l'ovaire* Paris 1889,

Wybroczyna pęcherzykowa może nastąpić do jednego pęcherzyka Graafowego, lub naraz do wielu pęcherzyków i ograniczyć się do bardzo znacznego ich rozděcia (*Haemorrhagia v. apoplexia follicularis*) lub w tkankę łączną, tworzącą podścielisko jajnika (*Stroma*) (*Haemorrhagia interstitialis, Haematoma ovarii*).

Forma pierwsza wydarza się o wiele częściej, a w małym stopniu, jak już wspomniano, towarzyszy pęknięciu pęcherzyka przy wydzieleniu jajeczka. W znaczniejszym stopniu, pęcherzyk, lub kilka pęcherzyków naraz, napęlnia się bardzo silnie krwią i dosięgać mogą wielkości orzecha laskowego lub włoskiego.

Jeżeli pęcherzyk krwawy nie pęknie, co się wydarza z powodu zgrubienia błony białej lub wypocin na powierzchni, lub gdy po pęknięciu pęcherzyka szczelina zostanie zatkaną skrzepem, a krew ponownie pęcherzyk rozedmie, wówczas powstaje torbiel krwawy (*Cystis follicularis sanguinolenta*), zwykle wielkości orzecha, a rzadko dochodzący wielkości pięści, w którym krew nie krzepnie, lecz zagęszcza się przez wessanie części płynnej, a w końcu i zagęszczona treść może być wessaną i pęcherzyk się zapada. Czy pęcherzyk krwawy może dać początek utworzeniu się torbiela, nieda się z pewnością rozstrzygnąć. Prawdopodobniejszem jest, w razach znaczniejszego torbiela krwawego, że krwawienie nastąpiło do istniejącego już poprzednio torbiela pęcherzykowego, niekrwawego.

Jeżeli pęcherzyk krwawy pęknie ku jamie otrzewny, to może, w rzadkich przypadkach, być nawet przyczyną śmierci z krwotoku. W przypadku Seanzoniego znajdowało się 6 funtów krwi w jamie otrzewny. Lub może nastąpić zapalenie otrzewny z zejściem śmiertelnem, lub krew wynaczyniona może utworzyć ognisko krwawe w jamie brzusznej lub miednicowej, albo stać się przyczyną powstania krwisteku zamacicznego (*Haematocèle retrouterina*).

Wkońcu w tem miejscu wspomnieć należy o szczególnej postaci krwawych torbielów w mięszu, którą (Gottschalk<sup>1)</sup> opisał i nazwał jamistem przeobrażeniem jajników. Odjęte przez Landaua jajniki, okazywały cały mięsz przejęty małymi, krwią wypełnionymi torbielami, które nie posiadały ścian, lecz stały w bezpośrednim związku z naczyniami. Gottschalk uważa je za rozstrzenie naczyniowe, powstałe skutkiem nowotworzenia tkanki łącznej wzdłuż naczyń i bliznowatego zaciągania się jej, przez co naczynia zostały rozciągnięte.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1887. str. 498.

**Objawy.** Pęcherzyki krwawe i drobne wynaczynienia w miąższ jajników, przebiegają bez objawów. Podobnie przebiegać mogą i drobne wynaczynienia w jamę otrzewny. Znaczny zaś krwotok, którego domyślać się można tak z objawów ogólnych, mianowicie ostrej niedokrewności jak i z miejscowych, zapalenia otrzewny i utworzenia krwisteku zamacicznego, odnieść można tak dobrze do tej przyczyny jak i do innych.

**Rozpoznanie** również jest niemożliwym z samego badania, gdyż powiększenie jajnika z tych przyczyn nie ma nic cechującego do odróżnienia od innych przyczyn. Ważną jednak wskazówką jest powiększenie jajnika i kształt zaokrąglony w przypadkach tych chorób, którym towarzyszą wybroczyny, a jeszcze ważniejsze szybkie powstanie i szybkie zmniejszenie się, jeżeli w przebiegu tych chorób istnieje wybitna przyczyna do badania ginekologicznego, co rzadko się zdarza.

**Leczenie.** Jeżeli jest mowa o leczeniu, to tylko odnosi się ono do wybroczyn śródotrzewnowych i zapalenia otrzewny, o czem mowa będzie na innem miejscu.

## Zapalenie jajników. Oophoritis.

### Ostre zapalenie jajników. Oophoritis acuta.

**Przyczyny.** W rozdziale o zapaleniu trąbek wspominaliśmy już, że formy zakaźne i rzeżączkowe tych zapaleń, nigdy prawie nie przebiegają bez udziału jajników, szczególnie wówczas, gdy zapalenie dotknęło już lejka trąbkowego (Cornil i Terillon<sup>1)</sup>. Przyczyny zatem wywołujące zapalenie trąbek, bywają i przyczynami bezpośrednio wywołującymi zapalenie jajników, lub pośrednio, przez wzniesienie zapalenia okołojajnikowego (*Perioophoritis*), które następnie szerzyć się może na miąższ jajnika. Gdy zaś sprawy zapalne trąbek tak często bywają obustronne, bywają też takimi i zapalenia jajników.

W rozdziale o anatomii patologicznej dowiemy się, że zapalenie dotyczy albo pęcherzyków Graafowych lub utkania międzypęcherzykowego, czyli podścieliska (*Stroma*).

Zapalenie pęcherzyków Graafowych zdarza się w przebiegu ostrych osutek, w cholery, durze, jakoteż otruciu arsenikiem

<sup>1)</sup> *Archiv. de physiol. norm. et path.* Paris 1887, X.

i fosforem. Według Sławińskiego wydarza się ono z pierwszych przyczyn bardzo często, a kliniczne znaczenie ma wtenczas o tyle, o ile niepłodność nabytą po tych chorobach, odnosić można do zniszczenia pęcherzyków, tem bardziej, że zapalenie bywa obustronnem.

Zapalenie okołojajnikowe (*Perioophoritis*) również może przejść na miąższ jajnika, i o tyle też zakażenie rzeżączkowe odgrywa rolę w etyologii zapaleń jajnikowych, o ile wywołuje zapalenie okołojajnikowe, tak częste w położu, u kobiet, które na rzeżączkę cierpiały.

Zapalenie międzypęcherzykowe, jako sprawa dotycząca całego jajnika, wydarza się prawie wyłącznie pod wpływem zakażenia septycznego, zatem najczęściej w położu, i bywa wówczas obustronnem. Poza położiem wydarza się bardzo rzadko, i to z zapalenia otrzewny również zakaźnej przyrody. Do zakażenia także należy odnieść przypadek Kommerella, w którym zapalenie i zropienie jajnika z zejściem śmiertelnem, nastąpiło po wyskrobaniu jamy macicy niepołożowej.

Nagłemu przerwaniu regularności (*Suppressio mensium*), przypisują dotychczas jeszcze, wpływ na powstanie zapalenia śródmiaższowego nawet ze zropieniem.

**Anatomia patologiczna.** Ostre zapalenie jajników dotyczy albo samych pęcherzyków Graafowych — zapalenie miąższowe lub pęcherzykowe (*Oophoritis parenchymotosa v. follicularis*) lub tkanki łącznej podścieliska — zapalenie międzypęcherzykowe (*Oophoritis interstitialis*).

W zapaleniu miąższowym mogą istnieć tylko zmiany drobnowidowe, polegające na zmętnieniu i drobnoziarnistym rozpadzie przybłonka pęcherzyków, z następowem serwatkowatym zmętnieniem cieczy pęcherzykowej (*Liquor folliculi*), która może się stać i ropną. Jajeczka zajętych pęcherzyków zawsze ulegają zniszczeniu.

W lżejszych stopniach, lub wówczas gdy zapalenie przechodzi z otrzewny na jajnik, ulegają schorzeniu młodsze, więcej powierzchownie ułożone pęcherzyki, gdy w znaczniejszych stopniach biorą udział i starsze, razem z otaczającym je podścieliskiem.

W zapaleniu międzypęcherzykowym znajdujemy jajnik powiększony, czasem bardzo znacznie, powierzchnię przecięcia przekrwioną, wilgotną, lśniącą i surowiczo naciekłą. Badanie drobnowidowe wykazuje obfity naciek drobnokomórkowy, a w wyższych stopniach można dostrzedz na przecięciu liczne żółte prążki przebiegające od wnętrza ku powierzchni. lub ropę zebraną już w drobne ropnie. Jeżeli zapa-

lenie nie przechodzi w ropienie, to pomnożona tkanka łączna wytwarza zaciągnięcia bliznowate, pod których uciskiem zanikają pęcherzyki Graafowe, a jajnik znacznie maleje, — marskość jajnika (*Cirrhosis ovarii*, *Granularatrophia*). Lub też przychodzi do utworzenia się ropnia jajnikowego (*Abcessus ovarii*), który bez przyczyny połogowej, septycznej, jest tak rzadkim, jak i międzypęcherzykowe niepołogowe zapalenie jajnika. Utworzony ropień może być wielkości jaja kurzego lub pięści, a w przypadku Kommerella sięgał aż do pępka. Po zlepieniu z narządami sąsiednimi, może nastąpić pęknięcie ropnia do pęcherza moczowego, odbytnicy, pochwy, lub do jamy otrzewnowej i wówczas z zejściem śmiertelnem.

**Objawy i przebieg.** O objawach zapalenia ostrego jajników nie może być mowy, gdyż bywają one zawsze pokryte objawami chorób ostrych, wymienionych jako przyczyny zapaleń. Także w przypadkach gdy zapalenie przechodzi z otrzewny na jajnik, mamy tylko do czynienia z objawami otrzewnowymi.

Lekkie stopnie zapalenia mogą nie rozciągać się na całą warstwę mięszową jajnika, tak, że nie niszczą całkowicie czynności jego, gdy w innych przypadkach następstwem zapalenia obustronnego bywa stale niepłodność.

**Rozpoznanie.** W chorobach ostrych zakaźnych, którym może towarzyszyć zapalenie jajników, nic nie zmusza do badania w tym kierunku, a nawet możebne wyniki badania byłyby bez znaczenia. Wincklowi kilkakrotnie się udało rozpoznać, wśród przebiegu tych chorób, zapalenie, z powiększenia i bardzo znacznej dotkliwości jajników.

W przypadkach zapaleń okołojajnikowych, które najczęściej towarzyszą zapaleniom trąbek, można tylko przypuszczać udział miąższu jajnikowego, a przypadki w których na pewno oznaczyć można kształt powiększonego i bardzo bolesnego jajnika, należą do rzadkich.

Rozpoznanie ropnia jajnikowego jest trudnem, gdyż łatwo pomylić go można z otokiem trąbkowym (*Pyosalpinx*), z ropniem tkanki łącznej czyli zaotrzewnowym, z otorbioną wypociną i torbielem jajnikowym, a towarzyszące zapalenie otoczenia i ropa otrzymana przez nakłucie, nie wykluczają możebności zapalenia około torbiela jajnikowego i ścian jego, z następową wydzieliną ropną. Wskazówki może tu dać szybki sposób powstawania, obok objawów ostrych zapalnych i wybitne zadziaływanie przyczyn mogących sprawić zapalenie ropne.



**Leczenie** może być skierowane tylko przeciwko wybitnym objawom zapalenia okołojajnikowego.

Ropień można w korzystnych warunkach wypróżnić nakłuciem przez pochwę i drenowaniem, lub rozcięciem i wypełnieniem gazą jodoformową. Czy usunięcie doszczętne zropiałego jajnika jest możliwe, to wykazuje dopiero próbne rozcięcie brzucha (*Incisio explorativa*). Zrosty i kruchość ścian często nie pozwalają całkowitego usunięcia. Wówczas należy zmniejszyć worek ropny przez częściowe odjęcie ścian, drenować ku pochwie i zeszyć, ponad drenem, pozostałą część worka (A. Martin).

### **Przewłoczne zapalenie jajników. Oophoritis chronica.**

**Przyczyny.** Przewłoczne zapalenie jajników nie bywa nigdy cierpieniem pierwotnym, lecz zawsze następownem. udzielonem z zapalenia narządów sąsiednich t. j. macicy, trąbek i otrzewny.

Najczęstszymi przyczynami bywają zatem: zwykły i rzeźączkowy nieżyt błony śluzowej jamy macicy, i zapalenia połogowe tej ostatniej, jakoteż i mięszu macicy. S c a n z o n i podnosi jeszcze jako przyczynę zapalenie odbytnicy, a D u n c a n przerwaniu regularności (*Suppresio mensium*).

Wydarza się ono, tak jak i choroby wzniecające je, w wieku najżywszej czynności płciowej i najczęściej u mężatek w pierwszych latach małżeństwa (Olshausen), a podług Schrödera u młodych źle odżywionych kobiet, które raz rodziły i cierpią na nieżyt przewodu płciowego. Zatem i przewłoczne zapalenie odnieść należy do zarażenia rzeźączkowego. Jajnik lewy bywa częściej zajęty niż prawy.

**Anatomia patologiczna.** Przewłoczne zapalenie jajników jest zawsze zapaleniem międzypęcherzykowym, a zmiany przedstawiają się odmiennie, stósownie do tego, czy ono powstało jako dalszy ciąg zapalenia okołojajnikowego, czy też z innej przyczyny (Nagel<sup>1)</sup>).

W pierwszym przypadku powierzchnia jajnika pokryta grubymi złogami zapalnymi otrzewny. błona biała znacznie wybujała, tak zgrubiała że można na niej rozróżnić kilka warstw, gdy warstwa

<sup>1)</sup> Beiträge zur Anatomie gesunder und kranker Ovarien Arch. f. Gyn. XXXI. str. 327.

miażdżowa jajnika może być niezmienną, podobnie jak i pierwotne pęcherzyki Graafowe.

W drugim przypadku bywają jajniki znacznie powiększone, twarde, pokryte złożami zapalnymi. Warstwa międzypęcherzykowa bywa przez nowowytworzoną tkankę łączną znacznie powiększoną, bez zatarcia właściwej budowy. Pęcherzyki pierwotne bywają prawie zupełnie zniszczone przez ucisk, a blizny po pękniętych dojrzałych pęcherzykach zupełnie znikają (Nagel).

Wkońcu nadmienić potrzeba, że zapalenie przewłoczne bywa uważanem jako przyczyna do tak zwanego drobno torbielowego zwyrodnienia jajników (*Kleincystische Degeneration*), które często towarzyszy zmianom zapalnym, i stoi w pośrodku pomiędzy objawami zapaleniu właściwymi, a torbielem pęcherzyka Graafowego, o czem obszerniej w rozdziale o torbielach jajnikowych pomówimy.

**Objawy i przebieg.** Najwybitniejszymi objawami bywają bóle stałe i zaburzenia miesiączkowe. Bóle nie miewają cechy kurczowej, bywają ściśle ograniczone do okolicy jednego lub obu jajników, zwiększają się znacznie przy chodzeniu, staniu, nateżeniu, parciu na stolec, spółkowaniu, poruszeniu i uciskaniu jajnika, tak, że samem badaniem można wzniecić znaczne bóle, kilka lub kilkanaście godzin trwające. Zakres stałej bolesności bywa wprawdzie ograniczonym, lecz bóle z jednego miejsca promienieją daleko ku górze, ku krzyżom i w udo chorej strony, a dotkliwość uciskowa bywa niekiedy tak znaczną, że chore i ubrania nie znoszą, co już zawisło od świeższej sprawy zapalenia okołojajnikowego, której nigdy nie brak.

Najuporeczywsze bywają dolegliwości, gdy chory obniżony jajnik spoczywa na dnie zatoki Douglasa, lub, jak to często bywa, został tam przyklejony. Do tych bólów przyłącza się często i bolesność nerwów grzbietowych w miejscu ich wyjścia z kręgów i w dalszym przebiegu, czego następstwem bywa tak zwane zadrażnienie rdzeniowe (*Irritatio spinalis*), a chore okazują często wybitne przygnębienie umysłowe, bez objawów histeryi lub z niemi.

Zaburzenia miesiączkowe objawiają się częściej zbyt obfitem niż skąpem krwawieniem i typem nieokresowym. Zwiększone bóle i inne dolegliwości, zapowiadające już wczesnie zbliżanie się miesiączki, zmniejszają się tem wybitniej, im obfitszym jest odpływ krwawy, lub też trwają przez cały okres miesiączkowy. Niepłodność towarzyszy bardzo często nawet zapaleniu jednego tylko jajnika.

Przebieg bywa zawsze długotrwały i niekiedy tak uporczywy, że dolegliwości żadnymi środkami stale, lub na długi czas, usunąć nie można. W innych przypadkach, polepszenie i uleczenie może nastąpić po kilku tygodniach. Niekiedy też wydarza się, że po ustąpieniu objawów zapalnych jednego jajnika, występują objawy zapalenia na drugim, jeżeli oba razem nie były zajęte (Olshausen i Duncan) zatem zazwyczaj zależnie od schorzeń trąbkowych.

**Rozpoznanie** przewłocznego zapalenia, polega na wykazaniu siedziby znacznego bólu dotykowego w samym jajniku, mniej lub więcej powiększonym, obok uwzględnienia istniejących jeszcze przyczyn jak: zwykłego lub rzeźączkowego nieżytu przewodu płciowego i zapalnych zmian trąbek. Znaczna dotkliwość, pochodząca od towarzyszącego zapalenia okołojajnikowego, bywa częstą przeszkodą do dokładnego obmacania samego jajnika. Macica sama nie okazuje dotkliwości, lecz poruszanie jej, znacznie bóle wzmagają.

Jeżeli jajnik dokładnie wybadać możemy, to znajdujemy go zwykle powiększonym czasem 2 — 3 razy, zbitości sprężystej, powierzchni nierównej i niekiedy guzkowatej, a powiększenie objętości polega często na złogach zapalnych okołojajnikowych. Obok powiększenia jajnika, udaje się zawsze wybadać znacznie zgrubiałą, lub rozdętą wydzieliną lejek trąbkowy.

Pomieszać można zapalenie jajnika z nowotworami jego lub z wypociną stałą. Przeciw pierwszym przemawia znaczna bolesność, a przeciw drugim ruchomość choćby ograniczona i kształt okrągławy.

Wkońcu dodać należy, że zapalenie jajnikowe pomieszać można z tak zwaną rwą jajnikową (*Neuralgia ovarii*, *Ovarialgia*), której doskonały obraz dał Charcot pod nazwą *Ovarie*. Nie jest jednak dostatecznie udowodnionem, aby te bóle, które nazywamy rwą jajnikową miały swą siedzibę w jajnikach, tak, że nazwa ta jest mało usprawiedliwioną, a rwa bywa tylko częściowym objawem tylopostawej histeryi i tem się cechuje, że uciskiem na okolice jajnika można wywołać, prócz bólu, i cały szereg objawów nerwowych, mogących zakończyć się napadem histero-epileptycznym, który kiedyindziej znowu silnym uciskaniem okolic jajników można znacznie zmniejszyć lub przerwać.

**Rokowanie.** Z tego co się powiedziało o przebiegu, musi być rokowanie wątpliwem tak co do zupełnego usunięcia dolegliwości, jak i co do płodności.

**Leczenie** polega w wielkiej części na unikaniu tych szkodliwości które zaostrzają stan zapalny jajnika i jego otoczenia. Dbać zatem należy o wypróżnienia, zaniechać spółkowania, ruchów męczących i trzęsienia.

W czasie zwiększonych dolegliwości, polecić należy spokojne leżenie w łóżku, okłady wysychające, pomazywanie strony bolesnej nalewką jodową, lub przyłożenie pryszczydła (*Vesicator*), a w przypadkach znacznego przekrwienia macicy, nakłucia części pochwowej. Miesiączkowania powinny chore wyczekiwać w łóżku i pozostać w niem cały czas jego trwania.

W czasach wolnych od zaostrzeń, należy leczyć niezbyt błony śluzowej macicy, szczególnie rzeźączkowy, a w celu przyspieszenia wessania złogów zapalnych, polecić kąpiele solankowe całe i nasiadowe, które to leczenie bardzo wspiera i szczególnie przyczynia się do rychłego usunięcia bólów, ostrożne mięsienie około jajnika.

Niekiedy korzystnie działa przeciw dolegliwościom w czasie chodzenia, zmniejszenie ruchomości macicy za pomocą krążka, który może mieć i to zadanie, że obniżony jajnik nieco podnosi. Krążki twarde Hodge'go rzadko bywają znoszone i wówczas należy spróbować krążka miękkiego, lub wydymanego powietrzem. Rozumie się samo przez się, że nie użyjemy krążków w razach wypociny zapalnej w sklepieniach, lub ich bolesności. Środkiem o wiele łagodniejszym są tampony z waty, maczane w glicerynie borowej lub z dodaniem jodku potasu, lecz rzadko kiedy same chore dobrze je umieją stósować.

Z środków wewnętrznych, polecają: *Kali iodatum*, *Kali* lub *Natrum bromatum*, a Noeggerath poleca chloro-złotan potasowy (*Aurum natronato-chloratum*) w dawce 0,002—0,003 po 2 razy dziennie jako środek, który w 3—8 tygodni ma sprawiać zmniejszenie jajników i znaczne polepszenie przypadków. Olshausen podaje go także jako skuteczny w niektórych przypadkach, czego jednak z mojego doświadczenia nie mogę potwierdzić.

Co do wyboru miejsca kąpielowego, to należy przedewszystkiem uwzględnić stan ogólny i z niego czerpać wskazówki. Ze względu na same dolegliwości wywołane zapaleniem, poleca się solanki i borowiny jakoteż cieplice obojętne, z których Schröder szczególnie zachwala Landeck i Schlangenbad.

Jeżeli wkońcu żadnymi środkami na dłuższy czas nie dadzą się dolegliwości usunąć i z tego powodu stan ogólny chorych znacznie podupada, to pozostaje, jako środek ostateczny, trzebieenie (*Castratio*) przyczem najczęściej odejmujemy jajnik razem z chorą trąbką.

## Gruźlica jajników, Tuberculosis ovariorum.

Gruźlica pierwotna jajników znaną jest tylko z przypadków Kloba<sup>1)</sup> i Spencer Wells'a. Następowo zaś biorą jajniki udział w gruźliczych zmianach trąbek i otrzewny, i wówczas znaczenie schorzenia jajników ustępuje na dalszy plan, wobec przypadków pochodzących od schorzeń ważniejszych.

## Nowotwory jajników.

Nowotwory jajników dzielimy na torbielowe i na stałe, jakkolwiek ścisły podział nie zawsze daje się przeprowadzić, gdyż wydzarzają się i formy mieszane.

### Torbiele jajnikowe. Cystes, Kystomata ovarii.

**Przyczyny.** Stósownie do właściwości anatomicznych, różnią się od siebie torbiele i sposobem powstawania, dlatego też i w etyologii musimy przyjąć podział torbieli na jednokomorowe i wielokomorowe, czyli złożone.

Jeżeli uważamy torbiel jednokomorową jako powstałą z niepękniętego pęcherzyka Graafowego, to jako przyczyny powstania, obwiniać będziemy te okoliczności, które pęknięciu jego stają na przeszkodzie, a mianowicie: wzrost pęcherzyka nie ku wolnej powierzchni jajnika, lecz ku podstawie, pomiędzy blaszki więzu szerokiego; zgrubienie powierzchni jajnika przez złogi zapalne, lub za mały nawał miesięczny, aby wywołał napięcie potrzebne do pęknięcia, tak, że pęcherzyk wypełnia się coraz więcej wydzieliną i staje się torbielem. Lub też pęcherzyk po pęknięciu może się ponownie zlepścić, i w ten sposób dać początek do powstania torbiela jednokomorowego.

Zapatrywania na tak zwane drobnotorbielowe zwyrodnienia jajników, jako też na powstawanie jednokomorowych torbieli z pęcherzyków Graafowych, zachwiane zostały badaniami Nagel'a<sup>2)</sup> który wykazuje, że sama wielkość pęcherzyka wcale nie daje podstawy do orzeczenia, że tenże jest patologicznie powiększonym, jeżeli integralne jego części, j. t. jajko, krążek zarodkowy i wysięlający go przyblonek, nie okazują żadnych zmian. Z tego też powodu Nagel nie upatruje zmian patologicznych w zwyrodnieniu drobnotorbielowem, a pomnożenie i powiększenie pęcherzyków, dla których Ziegler proponował już nazwę „*Hypertrophia follicularis*“ uważa za czysto indywidualne. Pomiędzy jajeczkiem

<sup>1)</sup> *Path. Anat. der weiblichen Sexual Organe* str. 372. — <sup>2)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XXXI.

a ścianą pęcherzyka istnieje tak ścisły związek, że, gdy pierwsze zniszczeje, to i druga zanika i pęcherzyk pozostaje co najwięcej na stopniu rozwoju jaki miał, czyli, że duże jednokomorowe torbiele z pęcherzyków Graafowych powstawać nie mogą. Twierdzenie to popierają badania Synétye'go i Malassez'a, którzy w torbielach jednokomorowych, większych niż orzech włoski, znajdowali przybłonek całkiem inny, jak ten, który jest właściwy pęcherzykowi Graafowemu. Torbiele zatem jednokomorowe mają być podług Nagel'a torbielami ciała żółtego. Przeciwnie temu twierdzeniu wykazują badania Buliusa<sup>1)</sup> rzadkość pochodzenia torbiela jednokomorowego z ciała żółtego, a w zwyrodnieniu drobnotorbielowem, sprawę patologiczną przebiegającą ze zwyrodnieniem treści pęcherzyków i zanikiem pęcherzyków pierwotnych.

Większe torbiele jednokomorowe wydarzają się rzadko w porównaniu z innymi torbielami, tak, że Olshausen oznacza stosunek częstości jak 1:100.

Torbiele złożone czyli rozplemne, nie powstają z gotowych pęcherzyków Graafowych, lecz z owych kłębków przybłonkowych, które, jak poprzednio wspomniano, zamieniają się w pęcherzyki jeszcze za życia płodowego. Początek zatem tych torbielów odnieść należy do utkania płodowego. Jeżeli zatem zamiana wszystkich kłębków przybłonkowych odbywa się za życia płodowego, to do tej epoki odnieśćby należało i początek złożonych torbielów. Badania jednak wykazały, że i w wieku pozapłodowym znajduje się w jajnikach utkanie płodowe, które datuje albo z epoki płodowej, lub też przyjąć musimy, że przybłonek zarodkowy powierzchni, i w późniejszym wieku jest w stanie zapuszczać się w głąb utkania, w postaci mieszków gruczołowych (Spiegelberg, Langhans, Küster). Zarodki zatem torbielów złożonych, są albo wrodzone, lub później nabyte.

Wiek, w którym najczęściej wydarzają się te torbiele, przypada na czas od 20 do 40 roku życia; po 60 roku wydarzają się już rzadko, a bardzo rzadko przed okresem rozwoju płciowego; u dzieci też tylko wyjątkowo je znajdowano.

Ponieważ kobiety niezamężne okazują do torbielów wybitną skłonność, posądza G. Veit jako przyczynę powstawania ich, ciągle, nie przerywane ciążą i karmieniem, nawały miesięczne.

Dziedziczność zdaje się nie odgrywać żadnej roli, gdyż trudno wnioskować o niej, z niewielu znanych przypadków, w których dwie siostry lub kilka kobiet tej samej rodziny okazywało torbiele jajnikowe.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyu.* 1889 Nr. 32.

Jak często wydarzają się złożone torbiele obustronnie, nie da się ściśle oznaczyć. To tylko pewne, że potrzeba odjęcia drugiego jajnika w czasie owariotomii, najczęściej wynika ze zwyrodnienia drobnotorbielowego, które nie ma wspólnego z torbielem złożonym, lub z innych przyczyn, a gdy w czasie operacji drugi jajnik okaże się całkiem zdrowym, to bardzo wyjątkowo tylko powstaje w nim później torbiel złożony. Olshausen oznacza częstość torbielów obustronnych na 8—16% w czem większość przypada na torbiele brodawkowe (*Kystoma papillare*), które w 75% przypadków wydarzają się obustronnie. Obustronność zatem czysto gruczolowych torbielów, redukuje się do 3—4%.

Powstawanie torbielów w skórzakowych tłómaczono sobie podobnie jak powstawanie skórzaków podskórnych. Te bowiem podług Heschla powstają z blaszki zarodkowej zewnętrznej, której części, za życia płodowego, dostały się głębiej i odsznurowały, tworząc w ten sposób zarodniki dla skórzaków. Dlatego też przypuszczano możliwość takiego wewnętrzenia (*Inclusio*) części blaszki zewnętrznej, i w jajnikach.

Sposób, w jaki pierwociny tej blaszki znaleźć się mogą w jajniku, wytłómaczył His, wywodząc powstawanie części płciowych wewnętrznych, z nitki osiowej (*Axenstrang*), na której utworzenie składają się części, odpowiadające wszystkim blaszkom płodowym. W jajniku mogą zatem przypadkowo znajdować się twory blaszki zewnętrznej (skóra, zęby, przybłonek migawkowy) i blaszki środkowej (mięśnie i kości).

Waldeyer należy do zwolenników starej teorii Blumenbacha, który powstawanie skórzaków przypisuje niezwykłemu twórczemu popędowi jajników (*Nisus formativus*), i przyjmuje, że komórki przybłonka zarodkowego są w stanie, wyjątkowo wytworzyć innego rodzaju utkanie.

Skórzaki wydarzają się w każdym wieku, począwszy od dziecięcego, w którym każdy obrzęk jajnikowy, z rzadkimi wyjątkami, bywa skórzakiem. Jakkolwiek od 25-go roku życia już przeważają torbiele rozplemne, to jednak największa ilość skórzaków przypada na wiek od 20—50 roku, gdzie stosunek ich do innych obrzęków jajnikowych oznaczyć można na 4—5%.

Torbiele jednokomorowe wzrastające pomiędzy blaszkami więzu szerokiego w najbliższym sąsiedztwie jajnika, lecz niezależnie od niego, odnosimy najczęściej do przyjajnika, tem bardziej, że właściwości

budowy ich świadczą, że nie pochodzą z jajników samych, czem jednak nie wykluczamy możebności powstawania ich i w inny sposób.

**Anatomia patologiczna.** Torbiele jajnikowe występują w dwóch głównych postaciach: 1<sup>o</sup> jako torbiele pochodzące z rozłączenia wydzieliny przestworu fizyologicznego jakim jest pęcherzek Graafowy lub rurka przyjajnika, zatem nie będące w ścisłym znaczeniu nowotworem, i 2<sup>o</sup> torbiele nowotworowe, do których zaliczamy: a) torbiel złożony czyli rozplemny, i b) torbiel skórzakowy.

1. Torbiel zwykły, czyli jednokomorowy. (*Hydrops folliculi Graafi, Cystis unilocularis, Oligocystis*). Często na zwłokach lub w czasie operacji znajdowaną zmianą utkania jajnikowego, bywa takie powiększenie pęcherzyków Graafowych, że sterczą one nad powierzchnię, jako kilka, lub kilkanaście okrągłych wyniosłości, wielkości od grochu lub bobu do orzecha laskowego, które na przecięciu okazują się jako przestwory cieczą wypełnione i umieszczone albo małym tylko odcinkiem, lub całkowicie w mięszu jajnika. Jeżeli te pęcherzyki występują w bardzo znacznej ilości, tak, że prawie całe utkanie jajnika wypierają i zmuszają do zaniku, wówczas mówimy o zwyrodnieniu drobnotorbielowem (*Kleincystische Degeneration*).

Bardzo ważnym szczegółem, który pierwszy Rokitansky podniósł, jest ten, że w każdym pęcherzyku, który nie był większym od bobu, znalazł jajeczko wraz z krążkiem zarodkowym (*Diseus proligerus*). Okoliczność ta jest też przyczyną, że Nagel drobnotorbielowym zmianom pęcherzyków nie przypisuje znaczenia chorobowego zwyrodnienia (patrz str. 498).

Rozdętym znacznie pęcherzykom Graafowym nadano nazwę puchliny pęcherzykowej (*Hydrops folliculi*), któremto mianem oznacza Schröder nawet każdy pęcherzyk u noworodków, zawierający ciecz pęcherzykową, gdyż u nich pęcherzyki nie powinny jeszcze zawierać cieczy.

Jeżeli jeden z pęcherzyków, a bardzo rzadko 2—3, przeważnie zaczyna wzrastać, to może osiągnąć wielkości jaja, pięści lub głowy dziecka, a w rzadkich przypadkach nawet wielkości macicy z końcem ciąży. Olshausen podaje w jednym przypadku ilość treści na 17 funtów.

Są to torbiele w najściślejszym znaczeniu jednokomorowe, których jama nie okazuje ani wyniosłości, ani wgłębień, ani listew nad powierzchnię wystających, a ściana składa się z dwóch warstw, odpo-



wiadających warstwie włóknistej (*Tunica fibrosa*) i warstwie właściwej (*Tunica propria*) pęcherzyka Graafowego, pokryta wewnątrz przybłonkiem wałeczkowym.

Treść torbiela jednokomorowego, czyli ciecz wypełniająca go, bywa jasną, rzadką, czasem żółtą, surowiczą, oddziaływania różnego, ciężaru gatunkowego 1·005—1·020, nie ciągnąca się nigdy w nitki, zawierająca białko i sole z przewagą NaCl a niekiedy i cholestearynę i ferment wytwarzający cukier; części zaś postaciowych albo zupełnie nie posiada, albo nader skąpo, rozpadłe przy błonki. Krwawienia do jamy torbiela zabarwiają treść na czerwoną, brunatną lub czekoladową.

Wobec znacznego wzrostu jednego pęcherzyka, inne zazwyczaj zanikają, a sam jajnik, umieszczony w dalszej części niezbyt wielkiego torbiela, może okazywać budowę prawidłową, lub w miarę znaczniejszego wzrostu, zanika.

Torbiel ciała żółtego (*Cystis corporis lutei*) opisał pierwszy Rokitansky<sup>1)</sup>, jako obrzęk dosięgający wielkości orzecha włoskiego, który się tem cechuje, że wewnątrz wyściela go szaro-biaława warstwa, grubsza niż sama ściana, o powierzchni chropawej, która nie jest niczem innym, jak żółtą warstwą ciała żółtego, czego dowodzi cechujący ciało żółte obraz mikroskopowy (Nagel). Schröder również widział torbiele ciała żółtego, lecz cechy ich nie podaje.

Torbiele złożone, wielokomorowe czyli rozplemne (*Kystoma*, *Kystoma proliferum* (Waldeyer), *Cystes multiloculares*), a podług treści torbiele kleiste (*Cystes colloides*). Całkiem odrębne stanowisko nadał tym torbielom Virchow<sup>2)</sup> wywodząc powstawanie ich nie z pęcherzyków, lecz z utkania międzypęcherzykowego. Komórki tkanki łącznej miały bowiem ulegać przeobrażeniu klejowatemu, a uciśnięta dokoła tkanka, miała tworzyć właściwą pierwszą ścianę torbiela, którego wzrost polega na zlewaniu się ze sobą coraz to nowych przestworów klejowatych.

Najważniejsze badania, które wytworzyły o torbielach złożonych pojęcie dziś ogólnie przyjęte, zawdzięczamy Klebsowi i Waldeyerowi, którzy wywodzą te obrzęki od przybłonków, lecz nie gotowych pęcherzyków Graafowych, ale od mieszków Pflügerowskich które dają początek pierwotnemu torbielowi, przez rozmięczenie

<sup>1)</sup> *Allgemeine Wiener med. Zeitung*. 1859. — <sup>2)</sup> *Das Eierstocks Colloid. Verh. der Berliner geb. Ges.* Bd. III. 1848.

i rozplynienie się przybłonka w środku. W takim pierwotnym torbielu rozpoczyna się następnie sprawa bujania przybłonka w postaci wypustek na zewnątrz, które, przez wydzielinę klejową samych przybłonek, stają się mieszkami gruczołowymi, czyli powstaje obraz gruczolaka (*Adenoma cylindrocellulare*, Klebs), będącego tylko powtórzeniem gruczołowej budowy jajnika.

Wszystkie nowoutworzone wypustki, znowu rozdęte wydzieliną komórek przybłonkowych, odsznurowują się od pierwotnego torbiela, i tworzą osobne torbiele drugorzędne, w których ta sama sprawa powtarza się w nieskończoność.

Ponieważ sprawa tworzenia się dużych jam torbielowych z wypustek gruczołowych nie znajduje analogii w żadnym gruczolaku, dlatego Waldeyer, dla obręzków tak utworzonych, nie przyjmuje nazwy „*Adenoma*“ lecz oznacza je nazwą *Kystoma proliferum glandulare*, torbiel rozplemny gruczołowy, lub *Kystoma mucoides*, a Sinóty i Malassez, którzy główny nacisk kładą na przyrodę przybłonkową tych torbielów, nazywają je *Epithelioma mucoides*.

Wzrost torbielów rozplemnych, gruczołowych, odbywa się przez zlewanie się ze sobą przestworów torbielowych bezustannie się tworzących, przez co powstają coraz to większe torbiele, które znowu się zlewają przez wzajemny ucisk i zanik ścian czyli przegród dzielących jamy, tak, że w końcu powstaje jeden główny torbiel, przedstawiający się pozornie jako jednokomorowy. Ślady zaś tego łączenia się ze sobą występują na powierzchni wewnętrznej albo w postaci listew pozostałych po przegrodach, lub dołków i zagłębień, i wypukleń ścian jako resztek torbielów mniejszych.

Wydarza się niekiedy i tak, że ściany torbiela mniejszego wzrastającego w jamę torbiela głównego nie zanikają, lecz torbiel tak wzrasta, że jamę pierwotnego zupełnie wypełnia, a ściany obu torbielów przykładają się do siebie i może być utworzonych w ten sposób 2—3 warstw.

Kiedyindziej znowu, torbiel drugorzędny nie otwiera się w wspólną jamę, lecz na zewnątrz t. j. w jamę otrzewny, a z dna pękniętego torbiela wyrastają nowe, które ściany jego zupełnie rozsuwają, wyni-cowują i zmuszają do zaniku.

Wielkość tych torbielów bywa bardzo rozmaita. Ponieważ ich wzrost, w opisany sposób, trwa bezustannie, tworzą one z czasem największe obrzęki, jakie ustrój ludzki jest w stanie wytworzyć i mogą

dosięgnąć wagi 160 funtów, a pojemności do 8 razy większej niż macica z końcem ciąży.

Kształt ich bywa zwykle kulisty i to tem regularniejszy im więcej torbiel jest pozornie jednokomorowym. Kiedy indziej występuje wyraźnie budowa złożona z kulistych odcinków, a najwyraźniej na torbielach najmniejszych. Powierzchnia torbielów zawsze bywa gładką.

Zbitość zależy od wielkości, tak, że małe torbiele mogą okazywać zbitość stałych obrzęków, gdy większe okazują zbitość i chębotanie (*Fluctuatio*) właściwe obrzękom o treści płynnej, czyli jamom torbielowym. Pochodzi to nie tylko z ilości płynu, lecz i z tąd, że treść torbielów, w miarę ich wzrostu, staje się o wiele rzadszą, a ściany względnie do ilości płynu, stają się cieńszymi. Często bywa zbitość niejednostajną, co pochodzi od różnic, jakie okazują miejsca złożone z niezłanych jeszcze ze sobą jam drobniejszych torbielów, lub z tak znacznego zgrubienia ścian, że miejscami okazują zbitość ciał stałych. Ściany złożone z gęstej tkanki łącznej, bywają rozmaitej grubości, na co wpływa nowotworzenie torbielowe, odbywające się w ich utkaniu i przybycie złogów zapalnych od zewnątrz. Powierzchnia wewnętrzna zawsze gładka (wyjąwszy wybujałości brodawkowe o których będzie później mowa), pokryta jest krótkim, jednowarstwowym przybliżkiem wałeczkowym (Waldeyer), a podług Malasseza i Sinety'ego przybliżkiem wielopostaciowym, tak, że znajdujemy migawkowy i wałeczkowy rozmaitej wysokości.

Treść jam torbielowych, czyli płyn torbielów wielokomorowych, powstaje z rozplynnienia klejowato przeobrażonych przybliżków, w surowiczey przesączynie. Gęstość bywa rozmaita i to nie tylko w rozmaitych obrzękach, lecz w pojedynczych komorach jednego i tego samego obrzęku. Im większą jest jama lub jamy torbielowe, tem rzadszą bywa ich treść, tak, że ciężar gatunkowy okazuje w nich małe wachania pomiędzy 1·010 a 1·030. Stopnie jednak gęstości, wydarzają się od całkiem wodnistej, surowiczey, najczęstszej w torbielach przyjajnikowych i jednokomorowych w ścisłym znaczeniu, aż do gęstości nawpół zastygłego kleju lub gęstego miodu, i jeszcze znaczniejszej, tak, że w jednym przypadku, operowanym przez Ziębickiego, widziałem treść barwy miodu tak gęstą, że rękę włożoną w nią z pewną siłą i trudnością można było wyciągnąć. W torbielach mniejszych wydarza się niekiedy treść szarawa, wejrzenia i gęstości rozgotowanej skrobi.

Zabarwienie treści również bywa rozmaite: począwszy od całkiem bezbarwnej lub słabo opalizującej, aż do całkiem ciemnej okazuje ona najrozmaitsze odcienia j. t. białawy, szary, żółty, zielonkawy, ciemno oliwkowy, czerwony, brązowy, aż do czarnego. Ciemne zabarwienia pochodzą od przymieszki krwi, żółte, częścią od rozpadu tłuszczowego komórek, częścią od przymieszek ropy, a zielonkawe, od przymieszek cholestearyny, której może być tak wiele, że zbija się w obłoczkowe masy pływające w cieczy torbielowej.

Wybitną właściwością treści torbieli rozplemnych, jest lepkość, objawiająca się tem, że pomiędzy palce ujęta kropelka, ciągnie się w nitki. Gdzie ta cecha istnieje, dozwala na pewno rozpoznania, że treść pochodzi z torbiela złożonego, lecz nie odwrotnie. Własności krzepnięcia na powietrzu, treść torbieli jajnikowych nigdy nie posiada.

Skład chemiczny płynu torbielowego. Oddziaływanie bywa obojętne lub alkaliczne. Ilość składników stałych wynosi 50—100‰, a różnice dotyczą głównie składników organicznych, gdyż nieorganiczne okazują bardzo małe wachania pomiędzy 7 a 9‰.

Co do ciał organicznych, to cała kwestya nie przedstawia się dotychczas zupełnie jasno, co pochodzi z niepewności w oznaczeniu istot białkowych proteinowych i ich pochodnych. Eichwald wywodzi pochodzenie ciał organicznych od dwóch głównych istot, a mianowicie: od mucyny i od białka. Mucyna pochodzi z przeobrażenia zarodni (*Protoplasma*) komórek przybłonkowych i zamienia się powoli w istotę klejową (*Colloidstoff*), a wkońcu w pepton śluzowy (*Schleimpepton*). Istoty te różnią się pomiędzy sobą rozpuszczalnością, i strącalnością z roczynów kwasem octowym.

Rząd istot białkowych, różni się ilością siarki i strącalnością z roczynów za pomocą kwasu garbnikowego oraz obojętnymi solami metalów. W szeregu tym również następują zmiany, które prowadzą od ciał nierozpuszczalnych do rozpuszczalnych, czyli powiedzieć można, że takie same zmiany, jakie dokonywują się w żołądku pod wpływem soku żołądkowego, odbywają się i w torbielach, lecz w ciągu dłuższego czasu, gdyż białko zamienia się w przybiałnik (*Paralbumin*), pobiałnik (*Metalbumin*) i pepton białka (*Fibrinpepton*).

Jaka ilość białka strąci się z płynu torbielonego po zagotowaniu, zależy od tego, ile białka uległo wspomnianemu przeobrażeniu. Jeżeli cała ilość, to może się nie strącić, lecz zawsze zmąci się ciecz za dodaniem kwasu octowego, z powodu stałej obecności białkanu sodowego.

W torbielach małych, czyli młodych, przeważają istoty rzędu pierwszego, czyli mucyny, w dużych zaś, istoty białkawe. Dawniej, gdy nakłucie próbné i chemiczne badanie otrzymanego płynu stanowiły ważną i konieczną cechę rozpoznawczą i rozeznawczą torbieli od innych obrzęków, całe usiłowania zwrócone były ku wyszukaniu ciał, niewątpliwie cieczy torbielowej cechujących, i za takie uchodził przez długi czas przybiałnik (*Paralbumin*), któremu Waldeyer i Spiegelberg przypisywali patognomiczne znaczenie w odróżnieniu treści torbiela od puchliny brzusznej. I rzeczywiście jest on właściwym

torbielom złożonym, lecz brak jego, jako ciała przejściowego, uależy do dość częstych wyjątków. Nowsze zaś badania Pfanuenstiola<sup>1)</sup> wykazują, że pobiałnik (*Metalbumin*), nazwany przez Hammerstena pseudomucinem, stoi nierównie bliżej mucyny niż białka, a przybiałnik jest tylko pobiałnikiem zanieczyszczonym ciałami białkowatymi i jako taki ma tylko wartość historyczną.

Badanie drobnowidowe płynu torbielowego wykazuje komórki przybłonka wałeczkowego świeże i w stanie rozpadu, których istnienie cechuje treść torbielową, komórki i jądra klejowato przeobrażone, tłuszcz drobno rozdzielony, ciała krwi kształtu gwiazdkowatego, ziarnka barwikowe, cholesterynę w kryształkach rombicznych i ciała ropy.

Dotychczas była mowa tylko o wielkim udziale, jaki ma w utworzeniu złożonych torbieliw gruczołowych utkanie przybłonkowe.

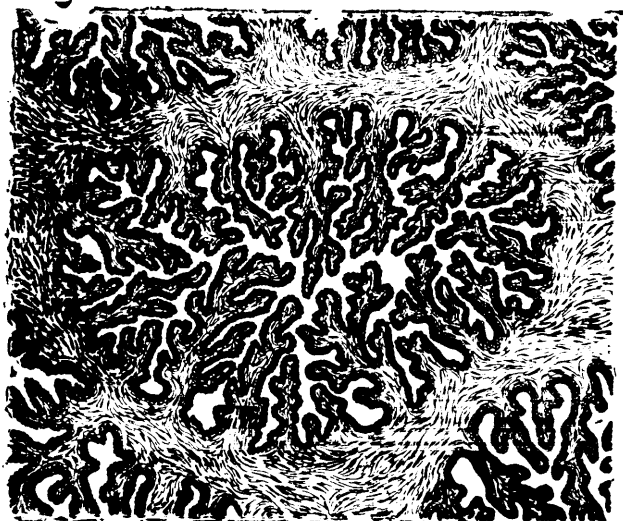


Fig. 120.

*Kystoma ovarii papillare* według Wydera.

Co do tkanki łącznej wspomnieliśmy, że tworzy ona głównie ściany torbieliw. Nie zawsze jednak rola jej polega tylko na tem; często bowiem na wewnętrznej powierzchni jam torbieliwych znajdujemy bujania brodawkowate, które mają kształt albo niskich, obok siebie ułożonych wyniosłości, zajmując mniejszą lub większą powierzchnię,

<sup>1)</sup> *Arch. f. Gyn.* T. XXXVIII. 407—492.

i nadając jej aksamitowe wejrzenie, lub narosli kalafiorowatych, niekiedy tak obfitych, że jamę małych torbielów całkiem mogą wypełnić (fig. 120). Pokryte przybłonkiem powierzchni wewnętrznej, okazują one zabarwienie od białawego aż do ciemnoczerwonego, stosownie do obfitości naczyń, a często i złogi wapienne.

W odróżnieniu od tych torbielów, w których znajdujemy wyłącznie przybłonkowe, gruczołowe utkanie, nazywa Waldeyer te torbiele *Kystoma proliferum papillare* torbiel rozplemny brodawkowy.

Wybitne właściwości tych obrzęków nadają im stanowisko prawie zupełnie odrębne od torbielów gruczołowych, tak co do powstania jak i co do przebiegu.

Torbiele brodawkowe wydarzają się w 22.4% przypadków (Leopold<sup>1)</sup>); dosięgają tylko miernej wielkości, występują często obustronnie i często rozwijają się pomiędzy blaszkami więzuszerekiego, czyli bywają często obrzękami zaotrzewnowymi. Powierzchnia ich wewnętrzna i wybujalosci, pokryte są przybłonkiem wałeczkowym lub migawkowym. Flaischlen i Olshausen nadali obrzękom, okazującym przybłonek migawkowy nazwę *Multiloculäres Flimmer-epithelkystom* a Velits<sup>2)</sup> uważa je za obrzęki tak zupełnie odrębne, że nie przyjmuje nawet form mieszanych z torbielem gruczołowym, i związku genetycznego z torbielem zwykłym brodawkowym, widząc kardynalne różnice w postaci przybłoneków i stwierdzając pochodzenie tych obrzęków z pęcherzyków Graafowych.

Całkowite wypełnienie jamy przez wybujalosci, wydarza się tylko w małych torbielach, w których, przebijając ich ścianę, bująją na zewnątrz w jamę otrzewny, tak, że wreszcie całą ścianę torbiela mogą wynicować, poczem wydawać się może, jakby bujały z zewnętrznej powierzchni torbiela. Od chwili gdy narosłe zetkną się z otrzewną, występuje wcześniej lub później ich wybitnie złośliwa cecha, przez pobudzenie otrzewny do podobnych bujań z przerastaniem tkanek sąsiednich, które najczęściej przytwierdzają dno obrzęku do dna miednicy. Podług E. Cohna przejście tych bujań przerzutowych w raka, jest tylko kwestyą czasu, następuje jednak zawsze. W przypadku Wertha opisanym przez Friedricha<sup>3)</sup>, istniały prócz przerzutów otrzewny

<sup>1)</sup> Jahresbericht üb. die Fortschr. auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn. T. I. 1888. str. 448.— <sup>2)</sup> Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. T. XVII. str. 232.— <sup>3)</sup> Ueber metastatische proliferirende Papillome der Aortenwand bei primärem proliferirendem papillärem Kystome der Ovarien. Kiel. 1888.

przerzuty w opłucny, płucu i wewnętrznej błonie (*Intima*) aorty, budowy stanowczo nie rakowej lecz brodawkowej. Na tej podstawie uważa Friedrich torbiel brodawkowy za nowotwór całkiem odrębnego rodzaju. W inny sposób mogą torbiele stać się złośliwymi, przez powstanie utkania rakowego w ich ścianach, w postaci guzków lub rozlanego nacieku.

I treść torbielowa może także pod pewnymi warunkami stać się przyczyną sprawy złośliwej. Jeżeli bowiem jest gęstą, galaretowatą i skutkiem pęknięcia lub naddarcia torbiela dostanie się do jamy otrzewny, to nie bywa wessaną, gdyż zawiera nierozpuszczalną w wodzie mucynę, i znajdujemy ją wówczas wypełniającą całą jamę brzuszną i wszystkie fałdy i zaułki otrzewny.

Pochodzenie tej galarety (w wielkich ilościach w jamie otrzewny), przez długi czas pozostawiało wątpliwości. Według *Virchowa*, który zmiany te nazwał *Peritonitis myxomatosa v. gelatinosa chronica*, mają te masy galaretowe pochodzić ze śluzakowego zwyrodnienia otrzewny, pobudzonego podobną treścią torbiela. Według *Wertha*<sup>1)</sup> który stan ten oznacza nazwą *Pseudomyxoma peritoneaei*, nie rozchodzi się tu o nic innego, jak o plastyczne zapalenie otrzewny, wywołane znajdowaniem się obcego ciała, z następowem nowotworzeniem tkanki łącznej i naczyń przerastających te masy galaretowe w różnych kierunkach. Że sprawa nie jest jednak tak prostą, jak ją chce mieć *Werth*, dowodzi kilka znanych przypadków, jak *Olshausen*<sup>2)</sup>, w których po owariotomii torbiela gelatynowego, bez udziału drugiego jajnika i szypułki, powstały obrzęki zawierające tę samą treść, i *Rungego*<sup>3)</sup> w którym obok torbiela wypełnionego treścią galaretową, znajdował się jeszcze na włókniaku macicy torbiel z taką samą treścią. Treść galaretowa w otrzewny zdaje się zatem niewątpliwie pochodzić z przerzutów torbielowych.

Rzadkimi odmianami torbielów złożonych są jeszcze następujące: 1. Torbiel groniasty, który się składa z torbielów rozmaitej wielkości, od całkiem drobnych do wielkości pięści, wolno obok siebie ułożonych, osadzonych na krótkich szypułkach, lub na szypułce wspólnej, o cienkich przezroczystych ścianach, podobnych do powiększonych gron zaśniadu groniastego. Przypadków tego torbiela znamy dotychczas tylko kilka, a z tych w dwóch (*Olshausen* i *Schrödera*) nastąpiła złośliwa recydywa po operacji. Obrzęki te mają zatem wybitną skłonność do zwyrodnienia rakowego. 2. Obrzęki torbielowe, których powstanie

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. XXIV. — <sup>2)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XI. str. 228. — <sup>3)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1887. No. 15.

wyprowadza Leopold i Marchand od nowoutworzonych przestworów chłonicowych (*Endothelioma*, *Lymphangioma kystomatosum*). Obrzęk przez Leopolda opisany ważył 16 funtów i okazywał liczne przestwory wyścielone przybłonkiem wałeczkowym, oraz szczelinki, wśród tkanki łącznej, wyścielone śródbłonkiem (*Endothel*). Eckardt<sup>1)</sup> do znanych przypadków Leopolda Marchanda, Olshausena, Flaischlena i Pomorskiego<sup>2)</sup>, dodaje przypadek Kaltenbacha, w którym badanie wykazało jamiste rozszerzenie naczyń i bujanie śródbłonka naczyniowego, podobne do raka śródbłonkowego, i różniła na tej podstawie obrzęki pochodzące od śródbłonka naczyń chłonnych (*Endothelioma lymphaticum*) i śródbłonka naczyń krwionośnych (*E. intravasculare*).

Torbiel skórzakowy (*Cystis dermoidalis*). Nazwą tą oznaczamy torbiele, których wewnętrzna powierzchnia okazuje części składowe skóry, mniej lub więcej rozwinięte, a treść pochodzi z wydzieliny gruczołów łojowych.

Występują one zawsze jako ściśle jednokomorowe, dosięgają tylko wielkości głowy, a rzadko znaczniejszej i bywają najczęściej jednostronne.

Ściany utworzone ze zbitej tkanki łącznej, bywają rozmaitej grubości, od bardzo grubych do bardzo cienkich. Powierzchnia wewnętrzna albo gładka, albo okazująca miejsca na kilka milimetrów sterzące nad otoczenie, wyścielona przybłonkiem, który okazuje właściwości przyskrórka powłok ogólnych, a mianowicie warstwę powierzchowną przybłonek rozplaszczonych bez jąder, a następnie warstwy komórek okrągławych z jądrami. Od właściwej ściany torbiela dzieli warstwę przybłonkową pokład tkanki łącznej, czyli właściwa skóra (*Corium*). Inne pierwociny skórne jak: torebki włosowe z włosami, gruczoły łojowe otwierające się w nie, gruczoły potne i, po miazdrze następująca, podściółka tłuszczowa (*Panniculus adiposus*), znajdujemy często w zupełnym rozwoju tylko na wspomnianych wynioślejszych miejscach. Brodawek skórnych często brak, a gdy są, to nigdy w tak regularnych rzędach jak w skórze, i różnej wysokości. Włosy tkwiące w torebkach włosowych, bywają zwykle krótkie, barwy jasno-blond lub rudawej, nawet u murzynek. Jeżeli nie znajdujemy żadnych pierwocin skóry prócz przyskrórka, to przyjmujemy zanik poprzednio istniejących, o czym świadczy treść torbiela, będąca wydzieloną gruczołów łojowych.

Treść skórzaków składa się z mieszaniny łoju skórniego z komórkami przyskrórka. Część jej topnieje już w zwykłej ciepłocie ciała

<sup>1)</sup> *Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* T. XVI, str. 344 — 356. — <sup>2)</sup> Przegląd Lekarski 1890 Nr. 2 i 3, i *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. XVIII, 1890.



i dlatego znajdujemy ją częścią jako płyn oleisty, częścią jako masę podobną do mazi skórnej noworodków, w której dają się odszukać pęki powikłanych ze sobą włosów i cholestearyna najczęściej w małej ilości, a czasem tak obficie, że cała masa błyszczy. W wyjątkowych przypadkach, stała część treści skórzaków składa się z kulek całkiem regularnie okrągłych, wielkości dużego grochu. Przypadki takie podają Florschütz, Engström, Fenger, Mundi i Matlakowski<sup>1)</sup>. Ja widziałem taką treść w jednym przypadku operowanym przez Ziembickiego.

Mniej stale niż włosy, znajdują się w skórzakach kości i zęby. Mięśnie gładkie odnosi Virchow do mięśni przywłosnych skóry (*mm. arrectores pilii*).

Kości występują w postaci blaszek różnej grubości, złożonych ze zbitej istoty kostnej, umieszczone w tkance łącznej ścian skórzaka i pokryte jego warstwą skórną. Heschl znalazł kilka kawałków połączonych ze sobą stawami.

Zęby najczęściej tkwią także w ścianach i częściowo sterczą w jamę, rzadziej zaś są wolno ułożone lub w kościach, które okazują wówczas zębodoły (*Alveoli*). Ilość ich zwykle mała, a wyjątkowo tylko bardzo znaczna, jak w przypadku Schnabla 100 i Autenrietha 300. Znajdujemy je częścią jako całkiem wykształcone, posiadające zębinę (*Eburnea*) kostniwo (*Cementum*) i szkliwo (*Enail*) jakoteż kształty siecznych, kłów i trzonowych, a częścią jako szczątkowe. Rokitsansky znalazł zanikły aż do korony ząb mleczny, skutkiem wyrastania zęba trzonowego.

Istotę nerwową, odpowiadającą budową szarej istocie ośrodków, w postaci drobnych guzków, znajdowano również w tych torbielach nawet umieszczoną w jamkach kostnych (Key), co tworzy już przejście do teratomów.

Teratomami nazywamy nowotwory skórzakowe, które zawierają w swej budowie nie tylko twory blaszki zarodkowej zewnętrznej, lecz także wewnętrznej i środkowej. W bardzo skąpej ilości znanych przypadków, znaleziono szczątkową kończynę zaopatrzoną w paznogie, mięśnie prążkowane, nerwy, komórki zwojowe i gruczoły podobne budową do kiszkowych. Baumgarten<sup>2)</sup> znalazł twory zbliżone budową do ócz, włókna nerwowe z istotą rdzeniową, i części odpowiadające budowie tchawicy, a Velits<sup>3)</sup> znalazł w ścianie twór zupełnie podobny do sutka, z którego brodawki występowała ciecz, zawierająca komórki siary (*Colostrum*).

Skórzaki kombinują się i z torbielami złożonymi, tak, że w jednym i tym samym jajniku oba się znajdują, lub w jednym jajniku

<sup>1)</sup> Pamiętnik Tow. Lek. Warszawskiego r. 1889. str. 517. — <sup>2)</sup> Virchow's *Arch. f. path. Anat.* T. 107. str. 515. — <sup>3)</sup> Tamże. str. 505.

skórzak, a w drugim torbiel złożony, lub w końcu jeden i ten sam torbiel może na wewnętrznej powierzchni okazywać budowę i skórzaka i torbiela złożonego, gdyż w jednym i tym samym obrzęku mogą znajdować się wszystkie postacie przybłonka obok siebie (Poupinel<sup>1</sup>).

W jednym dotychczas znanym przypadku Friedländera, istniały w gruczolach potnych skórzaków zmiany następowe, które utworzyły torbiele, osiągając wielkości pięści.

Podobnie jak inne torbiele, mogą i skórzaki kombinować się z nowotworami złośliwymi, jak z rakiem i mięsakiem. Wówczas rak powstać może albo z części składających ścianę skórzaka i bywa rakiem skórnym, lub z części utrzymanego utkrania jajnikowego (Krukenberg<sup>2</sup>). Lecz i bez zwyrodnienia złośliwego może skórzak przybrać cechę złośliwą, przez przerzuty skórzakowe w otrzewny (Kolaczek<sup>3</sup>).

Torbiele przyjajnikowe (*Cystes parovariales*). Przyjajnikowymi nazywamy pewne torbiele rozwijające się obok jajnika pomiędzy blaszkami więzu szerokiego, których powstanie odnosimy do opisanych na str. 484 rurek narządu Rosenmüllerowskiego, jeżeli posiadają pewne właściwości, jakimi są: jednokomorowość, bardzo cienkie ściany i przybłonek migawkowy, pokrywający ścianę wewnętrzną wyłącznie, lub wspólnie z wałeczkowym. Treść tych torbielów bywa wodnista, przezroczysta, lub lekko opalizująca, ciężaru gatunkowego 1·002 — 1·008. Obrzęki te bywają pokryte otrzewną więzu szerokiego, która łatwo z nich daje się ściągnąć.

Wyjątkowo tylko posiadają i torbiele przyjajnikowe grubą ścianę, a częściej niskie brodawkowe bujania powierzchni wewnętrznej. Wydarzają się także i torbiele z treścią gęstą, w nitki się ciągnącą, a w przypadku Schatza, treść taka zawierała istotę włóknikotwórczą (*Fibrinogene Substanz*).

Po największej części posiadają torbiele w ogóle tę wspólną właściwość, że są z macicą zapomocą szypułki połączone.

Szypułka torbielów w najcieńsza, składa się zawsze z właściwego więzu jajnika (*Lig. ovarii proprium*) i z części fałdu otrzewny,

<sup>1</sup>) *Archiv. de physiol. norm. et path.* IX. 1887. str. 394. — <sup>2</sup>) *Arch. f. Gyn.* T. XXX. 1887. — <sup>3</sup>) *Virchow's Arch. f. path. Anat.* 75.

która leży pomiędzy tym więzem, a trąbką (*Ala vesperilionis* Fig. 121). Częściej jednak bierze i trąbka udział w utworzeniu szypułki, i wówczas, znacznie zgrubiała i wydłużona, przylega do powierzchni torbiela. W takich razach przebiegają w szypułce dwa postronkowe ciała rozdzielone od siebie niecułkowatym zagłębieniem otrzewny.

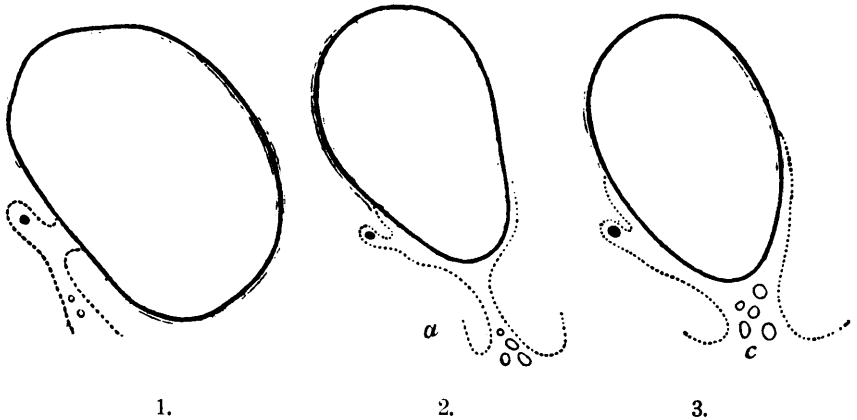


Fig. 121.

1. Szypułka utworzona tylko przez *Ala vesperilionis*. — 2. Szypułka utworzona przez część więzu szerokiego. — 3. Krótka szypułka utworzona tylko przez samą dolną część więzu szerokiego.

Jak wiadomo już ze wstępu o anatomii i umieszczeniu jajnika, mała część jego, dolna wewnętrzna, pokryta jest częścią tylnej blaszki więzu szerokiego. Jeżeli zatem ta mała część jajnika nie przyczynia się do utworzenia obrzęku, wówczas szypułka torbielowa bywa wąską. Jeżeli jednak i ona bierze udział, to szypułka może być i tak szeroką, jak cały więz szeroki, którego blaszki w pewnej części przylegają do siebie, a dopiero na torbielu znacznie się rozchodzą (Fig. 121 3). Długość tej szypułki zależną jest wówczas od tego, jaka część więzu szerokiego została użyta jako osłona obrzęku, i tu już wydarzają się obrzęki o szerokiej i bardzo krótkiej szypułce. Szypułka utworzona z całego więzu szerokiego, bywa albo cienka, przezroczysta, lub znacznie zgrubiała surowicznym obrzękiem tkanki łącznej i bardzo znacznem powiększeniem naczyń żylnych, przebiegających pomiędzy blaszkami.

Jeżeli jednak, co zdaje się nie rzadko wydarzać, istnieje zбочenie wrodzone (Freund) w umieszczeniu jajnika, tak, że większa

część jego znajduje się pomiędzy blaszkami więzu szerokiego, lub gdy torbiel rozwija się w części jajnika, która jest ujęta zdwojeniem otrzewny, to powstają obrzęki, które nie posiadają żadnej szypułki, gdyż, rozsuwając blaszki więzu szerokiego, stają się obrzękami zaotrzewnowymi czyli podsurowiczymi (*Tumores extraperitoneales v. subserosi* Fig. 122). Obrzęki takie przylegając ściśle do boku macicy, odsuwają ją, w miarę wzrastania, ku stronie przeciwnej i znacznie w górę, a później, wzrastając najczęściej ku tyłowi, podnoszą otrzewną zatoki Douglasa i odsuwając ją całkiem ku górze, mogą bezpośrednio przylegać do kręgosłupa i wielkich naczyń po nim przebiegających. Lub też rozsuwając zdwojenia otrzewny mogą na lewo wzrastać w kreskę zagięcia esowatego (*S. romanum*), a na prawo w tkankę łączną około kiszki ślepej, tak, że kiszki bezpośrednio mogą przylegać do obrzęku.

Wzrastanie pod otrzewną zatoki pęcherzowo-macicznej, wydziera się o wiele rzadziej, a wówczas pęcherz ściśle przylega do obrzęku i nawet otrzewna przodkowej ściany brzucha może być wysoko oddzieloną.

W przypadkach najzupełniejszego rozwoju podsurowiczego, może otrzewna ze wszystkich stron, od całego brzegu wchodu miednicy, bezpośrednio przechodzić na obrzęk, tak, że obok niego w żadnym miejscu palca w małą miednicę wsunąć nie można, wyjąwszy bezpośrednio za spojeniem kości łonowych.

Rozwój podsurowiczny częściej okazują torbiele brodawkowe, skórzaki i torbiele przyjajnikowe, niż gruczołowe.

Zrosty torbielów z przylegającą do nich otrzewną sąsiednich narządów, mogą stosunki anatomiczne znacznie zmienić. Małe torbiele prawie zawsze, a duże często okazują powierzchnię wolną od zrostów. Przy dłuższem jednak trwaniu dużych torbielów, następują łatwo zrosty skutkiem starcia przybłonka przylegających do siebie powierzchni, lub skutkiem spraw zapalnych ścian samego torbiela lub otrzewny otaczającej. Do najrozleglejszych zlepek i zrostów, skutkiem zapaleń ścian, dają najczęściej powód skręcenia szypułki. W przy-

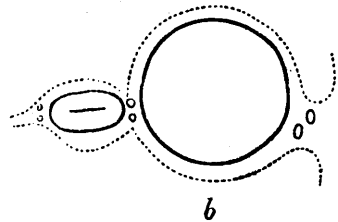


Fig. 122.

Zupełnie podsurowiczy rozwój torbiela. Na lewo macica, na prawo torbiel.

padkach zaś gdy przez to skręcenie następuje nawet zupełnie zaciśnięcie naczyń w niej przebiegających, może być torbiel dostatecznie odżywiany przez nowoutworzone naczynia zrostów.

We wszystkich prawie przypadkach bywa sieć (*Omentum*) tym narządem, który torbielowi dostarcza najwięcej naczyń (Hofmeier<sup>1</sup>). Chałot<sup>2</sup>) opisuje przypadek całkiem od więzu szerokiego oddzielnego torbiela, którego szypułkę tworzyła sama sieć. W tym jednak przypadku mógł już pierwotnie jajnik być oddzielnym i następnie torbielowo zwyrodnąć. Najczęstsze też zlepy wydarzają się z siecią, i to albo tylko z częściami jej wolnego brzegu, lub z całą powierzchnią przylegającą do przodkowej i górnej części torbiela. Inne najczęstsze zlepy bywają z otrzewną przodkowych i bocznych ścian brzucha i z pętlami kiszki. Nie tak często wydarzają się z otrzewną małej miednicy, szczególnie zatoki Douglasa, gdzie mogą być tak ścisłe, że się nie dają rozdzielić. Wkońcu mogą istnieć zlepy pomiędzy obrzękiem i każdym narządem jamy brzusznej, z którym się obrzęk styka, zatem z macicą, pęcherzem moczowym, krezkami, żołądkiem, wątrobą, pęcherzykiem żółciowym, śledzioną i przeponą. Również i szypułka zlepić się może z otrzewną miednicy, z jelitami i z wyrostkiem robaczkowym.

Rozległość i ścisłość zrostów bywa rozmaita. Pod wpływem wzrostu torbiela, ruchów robaczkowych kiszki, i oddychania, niezbyt rozległe zrosty zazwyczaj wyciągają się w połączenia błoniaste, postronkowate i nitkowate, gdy w innych przypadkach, rozległe zlepy mogą zajmować prawie całą powierzchnię torbiela i dają się albo łatwo rozdzielić, lub tworzą najściślejsze połączenia.

Zrost trąbki z jajnikiem może (jak wspomniano na str. 465) dać niekiedy powód do utworzenia obrzęku w swoim rodzaju złożonego, mianowicie torbiela trąbkowo-jajnikowego (*Cystis tubo-ovarialis*). Bodźcem do zapalenia zlepnego bywa najczęściej zapalenie trąbek; a ponieważ ono tak często bywa obustronne, to wyjątkowo i torbiel trąbkowo-jajnikowy może być obustronnym, jak w przypadku Schrödera<sup>3</sup>). Trąbka albo zlepia się z istniejącym już torbielem pęcherzyka Graafowego, lub też ten ostatni tworzy się przypadkowo w miejscu trąbką ujętym, lub w końcu przypuszczać można i wadę utworową, polegającą na wrodzonym ujęciu części jajnika przez lejek trąb-

<sup>1</sup>) *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* V. — <sup>2</sup>) *Annales de Gynécologie* 1887. —  
<sup>3</sup>) *Leber Inaug. diss.* Berlin 1886.

kowy (*Ovarialtuben* Falccka<sup>1)</sup>. Przez zanik uciskowy przegrody, powstaje wspólna jama rozdętej części trąbki i torbiela, a do powiększenia jej przyczynia się teraz i wydzielina trąbkowa.

W przypadkach tych rozchodzi się najczęściej o torbiele małe, jednokomorowe, wielkości orzecha włoskiego (*Rokitansky*), które razem z częścią trąbkową przedstawiają się w postaci retorty z lekkim zasznurowaniem, oznaczającym granicę pomiędzy trąbką a torbielem (Fig. 123).

Trąbka bywa albo w całej długości rozszerzoną, lub tylko w części zewnętrznej, i rzadko okazuje takie skręty i wypukłości, jak w puchlinie trąbkowej.

Na wewnętrznej gładkiej ścianie torbiela i rozdętej trąbki, prócz wspomnianego zasznurowania, oznaczają granicę małe brodaweczki, będące końcami wwiniętych strzępków trąbkowych, co dowodzi, że zrost strzępków ze sobą, jest pierwotną sprawą, a zlepienie z jajnikiem, a względnie z torbielem, sprawą następową.

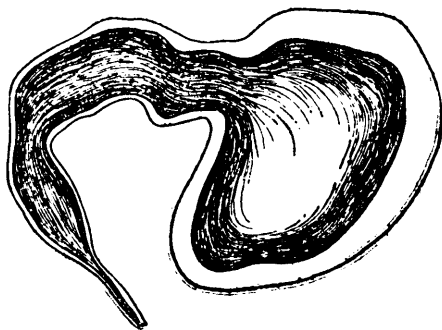


Fig. 123.

Torbiel trąbkowo-jajnikowy, podług *Hofmeiera*.

Jeżeli maciczne ujście trąbki jest dostatecznie szerokiem, lub poddaje się ciśnieniu, to torbiel, od czasu do czasu, może wypróżnić swą treść przez macicę (*Hydrops ovarii profluens*).

Wyjątkowo może, przez zlepienie, powstać połączenie i jamy torbiela złożonego z jamą rozszerzonej trąbki, jak w przypadkach *Hildebrandta* i *Olshausena*, w których duże torbiele, wypełniające całą jamę brzuszną, komunikowały z trąbką, otworem, przez który palec można było wsunąć.

Skręcenie szypułki (*Torsio pedunculi*) następuje, gdy torbiel wykona obrót około swej osi. Podług *Fritscha* i *Freunda*<sup>2)</sup> każdy prawie torbiel jajnikowy wykonywa ówieré obrotu około swej osi, gdy część jego znajdująca się w jamie brzusznej, bierze przewagę nad częścią jeszcze w miednicy się znajdującą, i opadnie na przodko-

<sup>1)</sup> *Ein Fall von Tubo-ovarial Schwangerschaft. Diss. inang.* Berlin 1887.—

<sup>2)</sup> *Volkmann. Samml. klin. Vortr.* Nr. 361.

wą ścianę brzucha. Dalszy skręt dokonywa się połową obwodu torbiela, tak, że następuje pół skrętu szypułki. Jeżeli obrót następny odbędzie się w kierunku przeciwnym, to skręt się odkręci; jeżeli zaś w tym samym, to skręcenie staje się całkowitem jednorazowem. a może być 2 — 3, a nawet 6-cio i 7-mio razowem (Matlakowski<sup>1)</sup>). Podług Küstnera<sup>2)</sup> typowe i najczęstsze skręty są te, które odbywają się w kierunku od wewnątrz na zewnątrz.

Ze skręceniem szypułki nierzadko spotykamy się w czasie operacji torbiela, a częstość tego wydarzenia można oznaczyć mniej więcej na 8% (Olshausen).

Małe torbiele, umieszczone jeszcze w małej miednicy, mogą już w czasie występowania z niej wykonywać zwolna ruch obrotowy, szczególnie wówczas, gdy wzgórek kości krzyżowej przeszkadza prostemu wysuwaniu się. Najczęstszą jednak przyczyną skrętów, bywa niejednostajny wzrost torbiela, przeważnie w jednym kierunku, tak, że przeważająca część może się przerzucić na drugą stronę. Podobnie działać może nagła zmiana położenia ciała, lub silne użycie tłoczni brzusznej. Czasem torbiel średniej wielkości daje się z łatwością obrócić rękoma przez powłoki brzuszne, i dlatego skręcenie szypułki powstać może i skutkiem samego badania.

Także wzrastająca ciężarna macica może wywołać obrót torbiela i skręcenie szypułki, a powstaje to jeszcze łatwiej po opróżnieniu macicy przez poród, lub po opróżnieniu torbiela przez nakłucie, przez nagle zmienione stosunki ciśnienia.

Znaczniejsza ilość wolnego płynu w jamie brzusznej, sprzyja skręceniu szypułki. Utrudnia zaś skręcenie, znaczna wielkość torbiela (choć niezawsze), i zlepy z sąsiedztwem, a szczególnie z dnem małej miednicy.

Podnoszoną przez Olshausena częstość skręceń szypułki skórzaków, odnieść należy do małych rozmiarów tych obrzęków, przeczo korzystne dla obrotu warunki ciągle trwają. Szypułkę torbielów lewej strony znajdujemy częściej skręconą, niż strony prawej.

Krwawienia do jamy torbiela. Wynaczynienia bez żadnej przyczyny zewnętrznej, wydarzają się w torbielach okazujących brodawkowe bujania ścian. Bardzo silne napięcie ścian przez treść torbielową, może stać się przyczyną przedarcia żyły przebiegającej

<sup>1)</sup> l. c. str. 510. — <sup>2)</sup> *Centrallbl. f. Gyn.* 1891. Nr. 11.

blisko powierzchni zewnętrznej, i w ten sposób dać powód do krwawienia w jamę. Najczęstszą jednak przyczyną krwawienia bywa gwałtowna zastoina żylna, wywołana skręceniem szypułki. Krwawienia następujące po opróżnieniu torbiela przez nakłucie, odnieść należy do nagle zmniejszonego ciśnienia, a tylko w rzadkich przypadkach do nakłucia większego naczyń ściany.

Zapalenie, zropienie i sposoczenie torbiela. O sprawach zapalnych, będących przyczyną zlepow i zrostów torbiela z sąsiedztwem, mówiliśmy już poprzednio, i wspomnieliśmy, że przyczyną rozleglejszych spraw zapalnych bywa najczęściej skręcenie szypułki. Zapalenie jednak, w którym sprawa nie kończy się tylko zlepieniem, lecz prowadzi do zropienia lub sposoczenia ścian, zawsze, podług pojęć dzisiejszych, odnieść musimy do zakażenia. Jest ono niewątpliwem, gdy zapalenie lub sposoczenie powstaje bezpośrednio po nakłuciu torbiela i wówczas słusznie szukamy przyczyny w niedokładnem postępowaniu przeciwnie i bezgnilnem.

Samoistne zropienia wydarzają się rzadko, a względnie najczęściej po porodzie, gdy niewielkie obrzęki, szczególnie skórzaki, umieszczone w małej miednicy, doznają znacznego ucisku w czasie porodu. Wątpliwem jest jednak, czy ucisk jest jedyną przyczyną. Zropienie samoistne wielkich torbielów, odnosi Olshausen do rozległych zlepow z kiszka i dostania się zarodników gnicia z tych ostatnich. do ścian torbiela.

Przeobrażenia wsteczne. Złogi wapienne w postaci blaszek lub ziarenek, występują w wewnętrznej warstwie ścian torbielów, których odżywienie zostało utrudnionem np. przez skręcenie szypułki.

Stłuszczenie i odradzanie się przybłonków trwa ciągle w torbielach, i z tej sprawy, jakoteż z rozpadu tłuszczowego uciśniętych i zanikających przegród, pochodzi tłuszcz i cholestearyna zawarta w treści torbielów. Znajdywanie się też w znacznej ilości tłuszczu w treści, świadczy o powolnym wzroście, lub o ustaniu jego, gdy chodzi o torbiele przynajmniej klinicznie jednokomorowe (Olshausen).

**Objawy i przebieg.** Objawy takie, któreby naprowadzały na początek tworzenia się torbiela, nie istnieją wcale, i dla tego tworzenie się, aż do pewnego czasu, pozostaje utajonem.

Z objawów, któreby można odnieść do schorzenia jajników, jak: zaburzenia w miesiączkowaniu i niepłodność, żaden nie jest stałym. Najrzadziej spotykamy się z zupełnym brakiem miesiączki



(*Amenorrhoea*) jako początkowym objawom, nawet w razach obustronnego schorzenia; a gdy brak miesiączki towarzyszy zwyrodnieniu jednego jajnika, to budzi w pierwszym rzędzie podejrzenie ciąży, lub zwyrodnienia złośliwego. W późniejszych okresach choroby, brak miesiączki, polega najczęściej na ogólnem wyniszczeniu. Najczęstsze zboczenie polega na nieco obfitszym odpływie miesięcznym i skróconych okresach. Obfite zaś krwawienia, pochodzą najczęściej ze zmian w krążeniu, wywołanych przez ucisk obrzęku pozatrzewnowego i obustronnego.

Płodność bywa znacznie upośledzoną przez większe obrzęki, lecz możebności ciąży nie wykluczają nawet duże obustronne obrzęki.

Do objawów zależnych od schorzenia samych jajników, lecz także niestałych, należy ściemnienie obwódok brodawek sutkowych i wydzielina mleczna.

Jak wielkim musi być torbiel, aby wywołał objawy któreby uwagę chorej zwróciły na cierpienie, zależnem jest po części od tego, w jakim stopniu chora zwraca na siebie uwagę, a głównie od tego, czy wzrastający torbiel swobodnie może wystąpić z małej miednicy do jamy brzusznej, lub nie. W pierwszym przypadku może istnieć torbiel sięgający już wyżej pępka, i większy, który przypadkowo wykrywamy przy sposobności badania z innej przyczyny dokonanego, gdy w drugim przypadku bardzo wybitne i dolegliwe przypadki mogą towarzyszyć torbielom jeszcze małym, jeżeli one z powodu zbyt krótkiej szypułki, lub rozwoju zaotrzonowego, albo z powodu zlepów, nie mogą małej miednicy opuścić, i wzrastając, wywołują przypadki uwięzienia i zapaleń.

Wyjawszy te przypadki, jeżeli nie uwzględnimy dolegliwości mniejszej wagi, jak: uczucia pełności, ciężenia, bólu krzyżów, parcia na mocz i t. d., to torbiele wzrastające swobodnie w jamie brzusznej, stają się wybitnie dolegliwymi dopiero wówczas, gdy swą wielkością dosięgną objętości macicy z końcem ciąży. Wówczas bowiem występują objawy upośledzonego trawienia, j. t. gniecienie w żołądku, uczucie pełności, odbijania i t. d. W miarę wzrostu pogarszają się te przypadłości, pojawiają się i wymioty, brak apetytu, zaparcie stolca, pochodzące z niedowładności jelit, i od tego czasu u chorych, których stan ogólny żadnych prawie zmian nie okazywał, pojawia się upadek sił, niedokrewność, wychudnienie, cierpiący wyraz twarzy i przygnębienie umysłowe.

Objawy ucisku powoli lecz stale się zwiększają, a jako utrudnienie krążenia żylnego występują krwawnice, żyłaki, znaczne rozszerzenie żył powłok brzusznych, i puchlina kończyn dolnych. Ta ostatnia towarzyszy jednak tylko bardzo wielkim obrzękom, lub takim, które stale, lub chwilowo bardzo szybko wzrastają; wówczas nie ogranicza się ona tylko na kończynach, lecz zajmuje i srom i dolną część powłok brzusznych.

Puchlina brzuszna (*Ascites*) jest także nie częstym objawem, i występuje zwykle w małym stopniu. Największe nagromadzenie płynu wolnego, wydarza się wobec nawet małych torbieli brodawkowych, gdy bujania przebiły ścianę torbiela i bujają wolno w jamę otrzewny. W jednym takim przypadku rozpoznałem stały złośliwy obrzęk jajnika, w którym owaryotomia wykazała wynicowany torbiel brodawkowy.

Bardzo wielkie obrzęki wywołują przez bezustanny wzrost, bardzo znaczne napięcie powłok brzusznych, które do najwyższego stopnia ścięczałe, okazują powierzchnię lśniąca i rozstąpienia sieci Malphigiego podobnie jak w ciąży. W górnej części brzucha, rozpychając i wywijając żebra na zewnątrz, podnoszą przeponę ku górze, przez co uciskają płuca i przesuwają serce, czego bezpośrednim następstwem bywa duszność, zwiększająca się skutkiem nieznacznych nawet ruchów, których chore, dźwigające w sobie kolosalny obrzęk, unikają, i w postawie pół siedzącej, spędzają całe dnie i bezsenne noce, ograniczając przyjmowanie pokarmów do ilości najmniejszej. Stan ten jeszcze się pogarsza, gdy od czasu do czasu występują dotkliwe bóle, pochodzące od podrażnień i zapaleń otrzewny, prowadzących do zlepień.

Wielkie obrzęki mogą i moczowody uciskać, skutkiem czego powstaje znaczne rozszerzenie tychże i puchlina nerkowa (*Hydro-nephrosis*).

Opad macicy, który czasem się wytwarza w przebiegu torbiela, zależnym jest od istnienia wolnego płynu w jamie brzusznej, i może także i nagle powstać po pęknięciu torbiela.

Przebieg bywa zawsze powolnym i długotrwałym. Torbiele jednokomorowe wzrastają o wiele wolniej i dosięgają tylko ograniczonej wielkości, gdy torbiele złożone, pozostawione sobie, czyli nie leczone, wzrastają bezustannie, tak, że stałem ich zejściem bywa śmierć z powodu upośledzenia czynności trawienia, oddychania i krążenia. Uleczenie zaś samoistne, przez ustanie wzrastania i przeobra-

zenie wsteczne należy do takich wyjątków, że całkiem w rachubę nie wchodzi. Śmiało zatem twierdzić można, że torbiele wielokomorowe czyli rozplemne, ze względu na konieczność zejścia śmiertelnego, przez ucisk lub przerzuty, uważanymi być powinny za obrzęki złośliwe.

Zejsście śmiertelne przyspieszyć mogą: skręcenie szypułki z następowem zapaleniem otrzewny, pęknięcie torbiela lub zropienie i sposoczenie treści, a wkońcu zwyrodnienie złośliwe. Obecnie jednak śmierć skutkiem torbiela należy do rzadkości, gdyż wobec wykształconych sposobów operowania i nie istnienia prawie przeciwwskazań do operacji, chyba bardzo wyjątkowo może się wydarzyć, aby torbiel pozostawiony był własnemu losowi.

Skręcenie szypułki objawia się rozmaicie, stosownie do stopnia i szybkości, z jaką nastąpi. Bardzo nagle powstające zupełne skręcenie, może wywołać w pierwszym rzędzie tak znaczny krwotok w jamę torbiela, że nagłe powiększenie jego objętości i objawy ostrej niedokrewności, bywają najwybitniejszymi, a w rzadkich przypadkach może nastąpić śmierć ze skrawienia (2 przypadki Spencer Wellsa).

Najstalsze jednak objawy pochodzą od otrzewny, mianowicie od różnego stopnia zapalenia jej. W najgorszym razie może nastąpić ogólne i tak gwałtowne zapalenie otrzewny, że wszelka pomoc staje się za późną. Częściej jednak kończy się zapalenie rozległymi zlepanami i zrostami, tak, że w każdym przypadku, w którym podczas operacji znajdujemy rozległe zlepy torbiela, szczególnie z kiszki, należy zwrócić uwagę na zachowanie się szypułki.

Jako bezpośredni skutek skręcenia, może powstać i zawór jelit (*Occlusio intestini*), gdy torbiel zrosnięty z kiszką okręci się około swej osi.

W rzadkich tylko przypadkach skręcenie szypułki, a przez to zmniejszenie odżywiania torbiela może się przyczynić do ustania wzrastania jego, przez przeobrażenie wsteczne tłuszczowe, i samodzielne uleczenie przez wessanie torbiela. W ten sposób mogą i większe torbiele powoli się zmniejszać, i dojść do nieznaczących rozmiarów.

Pęknięcie torbiela i wypróżnienie treści następuje albo samoistnie, lub z powodu urazów. Samo napięcie ścian i ścięczenie w ograniczonych miejscach, wystarcza już do pęknięcia, i nierzadko też na wewnętrznej ścianie torbielów można dostrzedz blizny, świad-

czące o tej sprawie. Szczególną skłonność do pęknięcia okazują torbiele z treścią galaretową, a w torbielach brodawkowych, same wybijałości ściany wewnętrznej sprawiają często przebicie.

Lecz nietylko ścięczałe ściany torbielów pękają, ale także i ściany grube, jeżeli przez sprawy chorobowe staną się bardzo kruchemi. Jako takie sprawy, znamy zakrzepy w naczyniach ścian i stłuszczenia lub zgorzel, jakoteż naciek krwawy tychże. Wkońcu tu zaliczyć wypada i przebicie ścian przez zropienie.

Do urazowych przyczyn pęknięcia, prócz uderzenia, upadnięcia i znaczniejszego ucisku w czasie badania, zaliczamy także ciążę i poród, gdyż w tym czasie wydarzają się pęknięcia skutkiem zgniecenia obrzęku.

Bezpośrednim następstwem pęknięcia torbiela, jest wypróżnienie treści najczęściej do jamy brzusznej. Jeżeli treść jest czysto surowiczą, rzadką, jak w torbielach jednokomorowych, to bywa szybko wessaną bez żadnego oddziaływania ze strony otrzewny, a miejsce przebicia zarasta, i torbiel dość szybko znów się napełnia, lub też otwór utworzony przez pęknięcie nie zrasta się, lecz wydzielana ciecz bywa zaraz wessaną, aż wreszcie torbiel ustaje wydzielać i zanika. W ten sposób ściśle jednokomorowe torbiele, mogą, po pęknięciu lub nakłuciu, uleczyć się doszczętnie.

Czysta treść torbielów wielokomorowych bywa także dla otrzewny obojętną, lecz wolniej ulega wessaniu jak treść surowicza. Drażniące właściwości przybiera ona dopiero, gdy zawiera przymieszkę krwi, a prawie stale wywołuje ogólne zapalenie otrzewny, gdy zawiera ropę lub posokę, i wówczas może nastąpić śmierć tylko pod objawami posocznicy, lub zapalenia otrzewny, albo też chora po długiej, ciężkiej chorobie zdrowieje, ze znacznym upadkiem sił i bardzo rozległymi zrostami torbiela.

Prócz najczęstszego wylania treści do jamy otrzewny, mogą torbiele opróżnić się z treści przez jelito, i to prawie zawsze grube, po poprzednim zlepieniu się z niem. Dla torbielów z treścią ropną lub posokową, może to zejście być względnie korzystnem i prowadzić nawet do wyropienia jamy torbiela, lecz bywa i tak, że treść staje się dopiero posokową skutkiem połączenia jamy z kiszka, a chore mogą zginąć z powodu gorączki trwającej. Na zewnątrz mogą torbiele otworzyć się przez dolną część powłok brzusznych, lub przez pępek lub pochwę, a najrzadziej przez pęcherz moczowy. Najkorzystniejszym jest opróżnienie przez powłoki brzuszne gdyż

zastoinie i rozkładaniu wydzieliny można zapobiedz przez rozszerzenie otworu i przeciwgnilne leczenie.

Zropienie i sposoczenie ścian i treści torbiela, zazwyczaj nie sprawia innych objawów, jak dreszcze i gorączkę, które mogą bardzo długo trwać pod postacią gorączki trawiającej, z ciepłotą ranną prawie prawidłową, a wieczorną dochodzącą do 39 i 40° C. Chore giną z wyniszczenia, jeżeli źródło ropne lub posokowe nie zostanie usuniętem. W wyjątkowych przypadkach gorączka może ustać, gdy ściany torbiela znacznie zgrubieją, przez co i wessanie ustaje (Ols hausen). Stąd też pochodzi, że niekiedy znajdujemy ropną treść torbielów, gdy nic nie naprowadzało na przypuszczenie jej.

Skórzaki znacznie się różnią, szczególnie przebiegiem, od innych torbielów. Mają one tę właściwość, że często przez długie lata, a nawet przez całe życie, pozostają na jednym stopniu rozwoju, a jako małe obrzęki, stale przebywają w miednicy małej. Czasem jednak zaczynają nagle wzrastać i dosięgają znacznych rozmiarów, szczególnie, gdy przyłączy się do nich zwyrodnienie koloidowe. Następnie wyróżniają się one znaczną skłonnością do zropienia lub sposoczenia i wywołania zapaleń w sąsiedztwie. Skłonność tę przypisują stałemu pozostawianiu ich w małej miednicy i narażeniu na częsty ucisk, a może i zlepienie z odbytnicą odgrywa ważną rolę w zropieniu. Zapalenia jakie wywołują w bezpośredniem sąsiedztwie, bywają przyczyną że przebiegają one często pod postacią złogów zapalnych wypocinowych, a właściwą swą przyrodę odkrywają dopiero wówczas, gdy z ropą lub posoką odejdą na zewnątrz włosy, kości, lub zęby. Skórzaki zropiałe, najczęściej opróżniają się przez odbytnicę, rzadziej przez pochwę, a najrzadziej przez pęcherz moczowy. Skórzaki niezropiałe, nigdy samoistnie nie pękają, lecz tylko skutkiem gwałtownego urazu. Dla tego też i dostanie się treści do jamy otrzewny wydarza się rzadko. W przypadku takim treść skórzaków, zawierająca rozkładające się tłuszcze, zazwyczaj wywołuje ogólne zapalenie otrzewny. Przypadki Engströma<sup>1)</sup> i Jentzera<sup>2)</sup> dowodzą jednak, że wyjątkowo i treść skórzaków może być dla otrzewny zupełnie obojętną.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1887. Nr. 5. — <sup>2)</sup> *Jahresbezieht über die Fortschr. auf dem Gebiete der Geb. u. Gyn.* T. III. 1889.

Na pytanie jak długim bywa przebieg torbielów wielokomorowych w ogóle, nie można dać pewnej odpowiedzi z powodu braku dat co do początku schorzenia. Licząc od pierwszych objawów choroby, to podług Olshausena 60 — 70% chorych umiera w przeciągu lat 3-ch, dalsze 10% w przeciągu lat 4-ch, a reszta jeszcze później. Powolniejszy przebieg mają torbiele brodawkowe, szczególnie podotrzewnowe.

**Rozpoznanie** torbielów jajnikowych, w największej ilości przypadków nie jest trudnem, a od pomyłek ochronić się można dokładnem systematycznym badaniem.

Pewne rozpoznanie torbiela jajnikowego, polega na udowodnieniu: 1. że znaleziony obrzęk jest zwyrodniałym jajnikiem, 2. że obrzęk zawiera jamę lub jamy wypełnione płynną treścią. Pierwszy punkt udowodnić możemy kształtem, położeniem i połączeniem obrzęku, drugi, właściwą sprężystością i chęłbotaniem. Pierwszemu warunkowi możemy tem łatwiej zadość uczynić im mniejszym jest obrzęk, drugiemu, gdy osiągnął już pewnej wielkości.

Ze względu na odmienne warunki badania, i odmienne objawy z których rozpoznajemy torbiele w okresach wcześniejszych i późniejszych, odniesiemy i rozpoznanie do tych okresów.

Jeżeli torbiel nie wystąpił jeszcze z małej miednicy, to, nieznacznie większy od jaja kurzego, zachowuje jeszcze położenie prawidłowego jajnika, lub nieco obniżone, gdy większy znajdujemy albo całkiem za macicą, lub nieco bocznie w zatoce Douglasa. Aby udowodnić że obrzęk tak ułożony, którego ruchomość, zupełne odgraniczenie, gładkość, kulistość i równość powierzchni lub guzkowatość już przemawiają za obrzękiem jajnika, jest nim rzeczywiście, potrzeba wysledzić jego połączenie z rogiem macicy, czyli szypułkę, i brak po stronie odpowiedniej innego ciała, które odpowiadałoby jajnikowi. Udowodnienie tego jest tem łatwiejsze, im obrzęk jest mniejszym, gdy szypułkowane połączenie z macicą obrzęków wielkości od pięści do głowy, już bywa znacznie trudniejszym, i udaje się często dopiero po sztucznem napięciu szypułki albo przez wypchanie obrzęku ku jamie brzusznej, lub przez ściągnięcie macicy ku dołowi, za pomocą kleszczyków, i obmacanie dokładne przez pochwę i odbytnicę, badaniem oburęcznem, krawędzi i dna macicy, i wyszukanie miejsca uczepienia napinającej się szypułki która tem pewniej jest szypułką obrzęku jajnikowego, im mniej zmienioną w kształtach, znajdujemy macicę.

Że obrzęk jajnikowy zawiera jamę lub jamy z treścią płynną, że zatem nie jest obrzękiem stałym, rozpoznajemy po sprężystości, a jeszcze pewniej po chełbotaniu. W małych torbielach jednak, często nawet sprężystość nie występuje wybitnie, gdyż treść bywa tem gęstszą, im mniejszy jest obrzęk, a jeżeli jamki pojedyncze niezlane są jeszcze w większą jamę, to obrzęk, nawet większy, może się wydać stałym, szczególnie wówczas, gdy wypełnia całą jamę miednicy.

Jeżeli torbiel już z małej miednicy wystąpił do jamy brzusznej, co czynią już całkiem wolne torbiele wielkości głowy dziecka, to, jak już wspomniano w ustępie o skręceniu szypułki, opada on na przodkową ścianę brzucha, i zajmuje prawie środkowe położenie.

I tu łatwo można rozpoznać obrzęk, obejmując go ze wszystkich stron, stwierdzając jego kulistość, ruchomość, uczipienie się na macicy szypułką i brakiem jajnika po stronie chorej. W razie zaś większych obrzęków, które swoim ciężarem już silniej przylegają do wchodu miednicy, często zwykłe oburęczne badanie nie wystarcza do wybadania szypułki, i wówczas poleca się użycie sposobu Schultzego polegającego na tem, że pomocnik, podczas badania, ile możności zesuwa obiema rękami powłoki brzuszne ku dołowi, poczem podnosi powoli obrzęk ku górze. Badającemu w tym czasie oburęcznie, uda się wysledzić napinającą się szypułkę, lub gdy się ona z powodu swej długości i cienkości, dostatecznie nie napina, można ją doprowadzić do napięcia ściągnięciem macicy ku dołowi.

Większe torbiele już rzadziej okazują kształt regularnie kulisty, gdyż często z powierzchni ich wystają pagórkowate odcinki torbielów drugorzędnych, które wśród ścian sprężysto podatnych, okazują często zbitość jakby ciał stałych.

Czem większym jest torbiel, tem wybitniej występuje bardzo ważna cecha jaką jest chełbotanie (*Fluctuatio*). Wybitne chełbotanie zależnem jest od cienkości powłok brzusznych i ścian torbiela, wielkości jego jamy, i rzadkości treści. O torbielach, które we wszystkich kierunkach okazują na wskróś idącą fałę, można twierdzić, że składają się przeważnie z jednej jamy; gdy niewyraźne chełbotanie większych torbielów, pozwala przypuszczać przegrody i znaczniejszą ilość utkania jeszcze gruczołowego, które zawsze zajmuje dolną część obrzęku. Jeżeli jeszcze uwzględnimy niejednakową odporność powierzchni, to i rozpoznanie torbiela złożonego da się z pewnością uskutecznić.

Przysłuch (*Auscultatio*) nie wykazuje na torbielach szmerów naczyniowych, lecz czasem tarcie, pochodzące od zmienionych, niegładkich powierzchni otrzewny.

W rzadkich przypadkach, podczas uciskania obrzęku palcami, można wyczuć, lub wysłuchać pewnego rodzaju trzeszczenie, któryto objaw bywa wówczas wybitnym, gdy albo treść galaretowa torbiela znajduje się w jamie otrzewny, lub gdy przez wązki otwór w przegrodzie dwóch jam, przeciska się gęsta treść (Olshausen), a istnienie tego objawu dowodzi nietylko że torbiel jest złożonym, lecz że jego treść jest galaretową.

Jeżeli torbiel jest już tak wielkim że kupała jego leży ukryta poza żebrami we wklęsłości przepony, a granice boczne, z powodu nadzwyczajnego napięcia powłok brzusznych, nie dadzą się już wyczuć, to wówczas zwiększają się i trudności rozeznania go od innych podobnych stanów patologicznych. Cechujący beczkowy kształt brzucha, który polega na przewadze wymiaru podłużnego nad poprzecznym, ginie zupełnie wobec takich wielkich obrzęków z powodu obwiśnięcia boków w położeniu na wznak, a wątroba, śledziona i żołądek, uciśnięte obrzękiem, nie dają się już badaniem odosobnić.

W takich przypadkach skazani jesteśmy prawie tylko na rozpoznanie z chełbotania, i z cech otrzymanych za pomocą wypuku.

Wobec obrzęków znacznej wielkości, lecz nie największych jeszcze, niedające się wyczuć granice torbiela otoczone są odgłosem wypukowym bębnowym z góry i z boków. W górze najdłużej utrzymuje się odgłos bębnowy wzdłuż lewego brzegu żebrowego i u szczytu dołka podsercowego. Pukając od szczytu obrzęku ku bokom, otrzymujemy odgłos wypukowy czczy, aż do pewnej granicy pomiędzy grzebieniem kości biodrowych a łukiem żebrowym, gdzie znajduje się jeszcze odgłos bębnowy jelita grubego. Granica ta bywa tem więcej ku tyłowi odsunięta, im większym jest obrzęk, tak, że w przypadkach obrzęków największych, dziedziina odgłosu kiskowego, może być zredukowaną do bardzo małych rozmiarów z tyłu tylko obok kręgosłupa. Zmiany położenia chorej, nie wpływają przy wielkich obrzękach na zmianę granic wypukowych.

Rozpoznanie skórzaka nigdy prawie nie jest na pewne możliwe, wyjąwszy przypadki, gdy, albo otrzymamy ich treść przez nakłucie, lub po samoistnem wypróżnieniu na zewnątrz. Nakłucia jednak w celu rozeznania rodzaju torbiela nigdy nie powinno się wykonywać, gdyż na tem nic nie zależy. Domyślać się można skórzaka, gdy po-



wstanie obrzęku datuje od lat dziecięcych, lub gdy mały obrzęk, w miednicy umieszczony, daje powód do często występujących podrażnień otrzewny. Spencer Wellsowi udało się w kilku przypadkach rozpoznać skórzaka po kościach wybadanych w jego ścianach. Kocher<sup>1)</sup> podaje że niekiedy wybitną cechą skórzaków bywa zatrzymanie dołka przez wciskanie palcem, co pochodzi z treści półstałej, a drugim objawem bywa czasem rodzaj trzeszczenia, za silniejszym naciskiem, w razach gdy znaczna ilość włosów znajduje się w treści skórzaka.

Co się tyczy położenia macicy względem torbielów, to w  $\frac{2}{3}$  przypadków znajdujemy ją w nachyleniu, zaś w  $\frac{1}{3}$  przypadków w odgięciu. Według Freunda<sup>2)</sup> mechanizm wystąpienia torbiela z małej miednicy, polega na jego opadnięciu na przodkową ścianę brzucha, pomiędzy macicą a pęcherzem, tak, że w przypadkach ruchomej macicy i podatnych powłok brzusznych, macica, najczęściej znajdzie się poza obrzękiem.

W przypadkach zaś gdy szypułka nie jest dostatecznie długą, lub gdy brakuje jej z powodu rozwoju podsurowiczego, może być macica przez obrzęk wyciągniętą ponad wchód miednicy, lub wypchaną w całości ku stronie przeciwnej obrzękowi, i ku górze. Ruchomość macicy bywa tem mniejszą, im większym jest obrzęk, a najmniejszą wobec obrzęku podsurowiczego.

Na pytanie z którego jajnika pochodzi obrzęk, jesteśmy w stanie na pewno odpowiedzieć, jeżeli jesteśmy w możności wy badać uciepienie się szypułki, i zdrowy jajnik z drugiej strony, co tem łatwiej możebne, im mniejszym jest obrzęk. Wobec większych obrzęków, może wybitne boczne położenie macicy przemawiać za obrzękiem przeciwnej strony, gdy zepchanie kiszki, przeważnie ku jednej stronie, jest objawem niepewnym, szczególnie gdy się rozchodzi o stronę prawą, w której wypuk kiszkowy dłużej się utrzymuje niż po stronie lewej.

Czy obrzęk jest jednostronnym lub obustronnym, wynika już z samego rozpoznania torbiela niezbyt wielkiego, gdy wy badanie drugiego jajnika jest możebnem, lub w jego miejscu drugiego obrzęku. Zewnątrz, przez powłoki brzuszne, wy badana granica pomiędzy dwoma obrzękami, nie dowodzi obustronności, gdyż głębsze bruzdy mogą i na jednym obrzęku wystąpić, tak jak znowu poza pozornie jednym obrzękiem, może istnieć drugi obrzęk ukryty.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Chirurgie* 1887. str. 44. — <sup>2)</sup> l. c. str. 515.

O obustronności wnioskować można z samego badania zewnętrznego, gdy oba obrzęki, średniej wielkości, okazują pewien znaczniejszy stopień wzajemnej przesuwalności, czego wobec wielkich obrzęków stwierdzić nie można.

Wybadanie mniejszego obrzęku, któremu całkiem nie udzielają się ruchy nadawane obrzękowi większemu, świadczy o odrębności jego, zatem o drugostronności. Wobec wielkich obrzęków, których szypułki osobno wybadać nie można, możemy przypuszczać obustronność, jeżeli macica obu brzegami silnie przylega do obrzęku, lub gdy znacznie w górę wyciągnięta, zajmuje położenie zupełnie środkowe, wobec obrzęków mniej więcej jednakiej wielkości.

U s z y p u ł k o w a n i e jest bardzo ważne ze względu na łatwiejsze lub trudniejsze wykonanie operacyi. Nie zależy tu na wybadaniu czy szypułka jest dłuższą lub krótszą, lecz na tem, czy nie mamy do czynienia z obrzękiem bezszypułkowym. Cechującym objawem rozwoju podsurowiczego, czyli bezszypułkowego, jest: ściśle przyleganie torbiela do macicy; mała ruchomość, która szczególnie uderza przy względnie małych obrzękach; nizkie ułożenie dolnego odcinka obrzęku w bocznem lub tylnem sklepieniu (nizko pomiędzy pochwą a odbytnicą), i znaczne wyciągnięcie macicy ku górze, tak, że ją wybadać można przed torbielem, ponad spojeniem kości łonowych, i prawie zawsze nieco z boku. Stósownie do tego stanu macicy, bywa i pochwa tak wydłużoną, że drobną część pochwową, u jej szczytu umieszczoną, z trudnością można osiągnąć.

Rozpoznanie zrostów torbiela, nie ma obecnie takiej doniosłości jak dawniej, gdy zrosty stanowiły przeciwwskazanie do operacyi. Przypadki, w których istnienie zrostów można wykluczyć, należą do rzadkich. Łatwa przesuwalność obrzęku miernej wielkości pod powłokami brzuszными a nie z niemi razem, świadczy o braku zrostów; podobnie i obniżanie się górnej granicy torbiela przynajmniej o 5 cm. w czasie głębokich wdechów, świadczy o braku zrostów ze ścianami brzuszными.

W przypadkach obrzęków większych niż macica z końcem ciąży, zawsze przypuszczamy istnienie zrostów, gdyż wówczas prawie nigdy ich niebrak, a zrosty ze siecią są prawdopodobne, jeżeli nad bardzo wielkim obrzękiem można stale wybadać odgłos kiszkowy.

Gdzie przodkowa ściana torbiela da się wybadać przez warstwę płynu wolnego, tam zrosty ze ścianami wykluczyć można, a rozpoznać je na pewno, gdy powierzchowna fala płynu, ogranicza się do

małej przestrzeni. Przyczepienie górnej części torbiela do trzew brzusznych, rozpoznać można po nakłuciu, gdy się część torbiela, w miarę opróżnienia, nie obniża.

Jeżeli wkońcu dowiemy się z wywiadów o przebytych objawach skręcenia szypułki, to możemy przypuszczać rozległe zlepy nie tylko ze ścianami, lecz i z trzewami.

Skręcenie szypułki w takim razie łatwo da się rozpoznać, gdy wywołuje wybitne objawy. Każde gwałtowniejsze zapalenie otrzewny w przypadkach torbiela, bardzo prawdopodobnie ma przyczynę w skręceniu szypułki, szczególnie, gdy mu towarzyszy powiększenie obrzęku i napięcie jego ścian, lub w rzadszych przypadkach, objawy ostrej niedokrewności (krwotok w jamę torbiela). Jeszcze pewniejsze jest rozpoznanie skręcenia, gdy objawy te wystąpiły po badaniu obrzęku łatwo dającego się okręcać.

Pęknięcie torbiela rozpoznajemy po nagłym zmniejszeniu się lub zniknięciu obrzęku, z równoczesnym pojawieniem się wolnego płynu w jamie brzusznej, lub po objawach zapalenia otrzewny i zapadu podobnie jak, wobec skręcenia szypułki. Pamiętać też należy, że i skręcenie szypułki może sprawić pęknięcie torbiela.

Że w wyjątkowych przypadkach może się udać rozpoznanie opróżnienia galaretowej treści torbiela, i tak zwane śluzakowe zwyrodnienie otrzewny (*Pseudomyxoma peritonei*) dowodzi następujący przypadek z mojej praktyki. Pacjentka bezdzietna lat 38 licząca, okazywała obrzęk wielkości głowy, zbitości włókniaka, ruchomy, umieszczony prawie w samym środku brzucha, który zdawał mi się że za pomocą szerokiej szypułki połączony jest z dnem macicy, której, przy złożonym badaniu, wyraźnie udzielały się ruchy wykonywane obrzękiem. Na tej podstawie sądziłem, że mam do czynienia z podotrzewnowym uszypułkowanym włókniakiem macicy. W 3½ miesięcy później badana pacjentka, okazywała rozdęcie brzucha do ogromnych rozmiarów, wśród którego poprzednio opisany obrzęk, można było w takich samych wysłedzić zarysach. Wypuk brzucha był wszędzie zupełnie czczym aż do małego miejsca pod samym wyrostkiem mieczykowatym, a powyżej owego pierwotnego obrzęku jawiał nieco przy głębokim zaciśnięciu plessimetra. Pomimo bardzo znacznego rozdęcia brzucha, które powstało w krótkim wględnie czasie, nie było nigdzie ani śladu chęłbotania. Wobec tego, że obrzęk pierwotny wcale się nie powiększył, zadałem sobie pytanie, jakiego rodzaju treść, może powiększyć jamę brzuszną do tych rozmiarów, na której jednak nie podpływają w górę kiszki, i która nie daje uczucia chęłbotania? Jako treść tego rodzaju, nasunęła mi się tylko gęsta galareta powstała z pęknięcia torbiela o treści galaretowatej, i zwyrodnienia śluzakowego otrzewny, a rozpoznanie pierwotnego obrzęku musiałem zmienić z włókniaka na torbiel. Rozpoznanie moje które udzieliłem pisemnie Profesorowi Chrobakowi i Dr. Gersunyemu w Wiedniu, stwierdził ten ostatni w czasie operacji, o czym uwiadomił mię listownie.

Rozeznanie torbiela jajnikowego od innych stanów chorobowych. *Diagnosis differentialis*. W okresie gdy torbiel jest umieszczony jeszcze w małej miednicy, mogą następujące sprawy chorobowe, pod pewnymi warunkami, dać zbliżony obraz chorobowy:

Otorbiona wypocina otrzewnowa, jeżeli tworzy obrzęk ku dołowi kulisto wypukły i sprężysty, poza macicą, lub obok niej umieszczony. Obrzękom takim, brak jednak tego dokładnego odgraniczenia od sąsiedztwa, w które przechodzą w sposób rozlany, są nieruchome, niejednostajnej zbitości, i od góry zwykle płasko w otoczenie przechodzą. Ostry sposób powstawania o tyle nie zawsze świadczy o zapalnej przyrodzie, o ile torbiele jajnikowe mogą czasem w podobny sposób powstawać. Wątpliwości usuwa przebieg.

Krwistek zamaciczny zachowuje się podobnie jak większe wypociny otorbione, a podobieństwo do torbiela może być o tyle większe, że okazuje niekiedy pewien stopień ruchomości w kierunku z dołu ku górze. Zwykle jednak chełboczące, a raczej sprężyste części krwisteku, bywają otoczone albo twardą rozlaną wypociną, lub częściami półmiękkimi (skrzepami krwi), które w dalszym przebiegu zamieniają się w twarde, tak, że objaw ten jest cechującym. Wkońcu, bardzo wybitne objawy powstania krwisteku jako ostrej choroby, rzadko dozwolą na pomieszanie go z torbielem.

Krwiak więzu szerokiego może tworzyć obrzęk zupełnie do torbiela podobny, a odróżnienie jest dopiero po dłuższej obserwacji możebne, gdy zmniejszanie się przemawiać będzie za krwiakiem. Rzadko bowiem warunki badania będą tak korzystne, aby dał się wy badać zdrowy jajnik po stronie krwiaka, co wykluczyłoby torbiel. Podobnie rzadko wyczuć się dadzą brodawkowe bujania na górnej lub dolnej granicy obrzęku, rozstrzygające za torbielem.

Obrzęki trąbek wówczas mogą podobnie się przedstawiać, gdy cechujący je kształt maczugowaty i zasznurowania, nie dadzą się dokładnie wy badać, lub gdy obrzęk całkiem jest okrągły, z powodu ograniczonego nagromadzenia się wydzieliny. Obrzęk taki jest tem trudniejszy do rozeznania, że wy badanie zdrowego jajnika po tej samej stronie nie udaje się w obu przypadkach. Obrzęki większe od pięści, mało prawdopodobnem czynią pochodzenie od trąbki, a za tem pochodzeniem przemawia umieszczenie obrzęku w górnej części więzu szerokiego, obustronność (jeżeli jest), i wywiady co do objawów zapalenia otrzewny.

Włókniak podotrzewnowy macicy jeżeli posiada długą szypułkę, może zachowywać się jak torbiel, szczególnie gdy zbitość nie jest wyraźnie włókniakową, a wybadanie jajnika po tej stronie niemożliwe. Za włókniakiem przemawia istnienie innych włókniaków macicy. Jeżeli zaś włókniak lub torbiel, przylepiony do zatoki Douglasa, sprawia objawy uwięzienia, wówczas nawet i cecha zbitości może zawodzić, tak, że do rozeznania pozostaje nakłucie od pochwy lub cięcie próbne.

Torbiel zaś mniejszy, ściśle do macicy przylegający, może uchodzić za włókniaka, jeżeli zbitość jego jest znaczniejsza. Jeżeli sonda wykazuje (lecz nie zawsze,) powiększenie jamy macicy, to objaw ten przemawia za włókniakiem.

Wreszcie, gdy torbiel częściowo lub całkowicie zajmuje jamę brzuszną, mogą znów następujące sprawy być powodem pomyłek.

Pęcherz moczowy wypełniony bardzo znaczną ilością moczu, szczególnie gdy chora całkiem nie podaje niemożliwości oddawania go (*Ischuria paradoxa*). Wypróżnienie zatem pęcherza cewnikiem przed dalszem badaniem, powinno być zasadą, która chroni od śmiesznych pomyłek tak w obec chorej, jak i ostrożniejszego kolegi.

Krwistek maciczny (*Haematometra*) zwykły, łatwo wywiadami i badaniem rozpoznać można, a trudności występują dopiero wówczas, gdy mamy do czynienia z krwistkiem w szczątkowym rogu macicznym, lub w zamkniętej górnej połowie pochwy, tem bardziej, że ułożeniem bocznem i zbitością, obrzęki te, mogą się łudząco podobnie zachowywać jak torbiele, szczególnie podsurowicze, i wypychać mogą macicę ku górze. W przypadkach krwisteku w zamkniętej połowie pochwy, ważnym objawem, jest niskie ułożenie obrzęku obok pochwy lub za nią. W trudnych przypadkach, rozstrzyga przebieg lub nakłucie.

Macica ciężarna może tylko wówczas być podobną do torbiela, gdy ani części płodowych, ani tętna płodu nie można wy badać, z powodu nadmiaru wód płodowych (*Hydramnion*.) Że trudności mogą być znaczne, świadczy kilka przypadków, w których dopiero w czasie operacji błąd poznano, a w przypadku Scanzonego, rozpoznanie przez kilka tygodni się wachało.

Z objawów otrzymanych samem badaniem, wyklucza torbiel wyraźne twardnienie obrzęku, i bezpośrednie przejście dolnego odcinka macicy w obrzęk.

Ruchy płodu, których nie można dotykem wysledzić, można niekiedy wy badać słuchem, jeżeli po dość silnem obmacywaniu brzucha, zaraz się ucho przyłoży.

Gdy wymienionych objawów brakuje, lub gdy nie są dostatecznie wyraźne, to przedewszystkiem pamiętać należy, że brak miesięczkowania zawsze bardzo przemawia za ciążą, gdy całkiem okresowe miesięczkowanie wobec obrzęku, który odpowiadałby macicy w drugiej połowie ciąży, wyklucza ją prawie z pewnością. W końcu uwzględnić należy objawy takie jak: znajduwanie się siary w sutkach, złogi barwikowe, rozpulchnienie części płciowych, i t. d. które to objawy, razem wzięte, nie tworzą wprawdzie niezbitego dowodu ciąży, lecz w każdym razie powinny zmuszać do rozstrzygnięcia przez badanie przebiegu.

Włókniaki maciczne miękkie, w środku brzucha ułożone, mogą okazywać tę samą zbitość co torbiel nie przekraczający jeszcze pępka, szczególnie wobec grubych i niepodatnych powłok brzusznych. Rozstrzyga oburęczne badanie, wykazujące stosunek obrzęku do macicy, a mianowicie uszypułkowanie, lub przejście samej macicy w obrzęk, lub powiększenie jamy macicy, które to ostatnie dwa objawy przemawiają za włókniakiem.

Niekiedy bardzo trudnem, a czasem niemożliwem, jest odróżnienie torbielo-włókniaka macicy, od torbiela jajnikowego. Na szczęście jednakże, torbielo-włókniaki, wydarzają się rzadko. Jakkolwiek zbitość tych obrzęków może być zupełnie taką jak torbielów, to za włókniakiem przemawia przewaga części twardych nad chęłboczącymi, gdy znowu stalsze części torbiela znajdujemy prawie zawsze w jego dolnej części. Jeżeli samem badaniem da się wykazać rodzaj połączenia obrzęku z macicą, n. p. za pomocą szypułki, to pamiętać należy o tem, że wydarzają się uszypułkowane torbielo-włókniaki, a w tych przypadkach pomyłka mniejsze miałyby znaczenie.

Jeżeli rodzaj połączenia obrzęku z macicą nie da się dokładnie wysledzić, to przesuwalność macicy na obrzęku, i prawidłowy jej kształt, przemawia za torbielem, gdy znaczne przedłużenie jamy macicy i wyraźnie udzielające się macicy ruchy obrzęku, przemawiają za torbielo-włókniakiem. Objawy te są jednakże właściwymi i torbielom jajnikowym, ściśle z macicą połączonym.

Gdy nakłucie próbne wykaże treść skąpą, surowiczą, żółtawą, jasną lub krwawą, która na powietrzu krzepnie, to objaw ten stanowczo przemawia za torbielo-włókniakiem, lecz krzepnienie treści

nie jest stałą właściwością tych obrzęków; zatem brak tego objawu nie dowodzi braku torbielo-włóknika, a wyjątkowo treść torbiela złożonego może zawierać istotę włóknikotwórczą, jeżeli następowały krwawienia w jego jamę.

Wobec niebezpieczeństwa nakłucia próbnego, i wobec tego że torbielowe zwyrodnienie włóknika stanowi wskazanie do myomatomii, powinno o istocie obrzęku rozstrzygać nie nakłucie lecz cięcie próbne.

Puchlina brzuszna (*Ascites*), jest stanem chorobowym, w pewnych warunkach, najważniejszym do rozeznania. W tym celu odsyłamy do tego cośmy powiedzieli o odróżnieniu płynu wolnego od otorbionego, w rozdziale pierwszym tej książki (str. 12. i 13). Tu dodamy tylko, aby, jak to radzi *Olshausen*, nigdy nie zaniedbywać oznaczenia granicy wypukowej w położeniu na wznak z niską ułożoną głową, i w postawie stojącej, aby się przekonać o jej zmienności. Wówczas bowiem nie tylko można wykazać wyraźne cechy puchliny, lecz wy badać także i powikłanie torbiela z puchliną.

W przypadkach wyjątkowych, może jama torbiela zawierać gazy, pochodzące albo z кишки komunikującej z torbielem, lub z rozkładu treści po nakłuciu torbiela. Wówczas odgłos bębenny na szczycie obrzęku, w położeniu chorej na wznak, mylnie można uważać za кишки pływające na wolnym płynie.

Badanie przez pochwę, może także dać czasem wskazówki rozeznawcze. Znaczna ruchomość macicy, prawie zawsze przemawia za puchliną, podobnie jak i znaczne obniżenie, opad macicy, lub wynicowanie pochwy.

Otorbiona wypocina otrzewnowa (*Hydrops peritonei saccatus*) może tworzyć podobny do torbiela obrzęk, lecz granice jego często bywają rozlane i otoczone wypociną stałą, a warstwa płynu surowiczego lub ropy, bywa niekiedy tak ciekłą, że przy głębszym pukaniu, przebija tu i owdzie odgłos kiszkowy, lub bywa w nieregularnych liniach pomieszany z odgłosem czczym, co stanowczo przeciw torbielowi przemawia. Badanie oburęczne często wykazuje wypociny stałe w małej miednicy. Wkońcu, wywiady wykazują zapalny początek choroby, a w przypadkach jeszcze wątpliwych, próbne nacięcie usuwa wątpliwości.

Obrzęki pochodzące z przewłocznych spraw zapalnych wywołanych gruźlicą lub rakiem otrzewny, o tyle mogą być podobne do torbielów, o ile towarzyszy im puchlina brzuszna, która nie posia-

da cech potrzebnych do rozpoznania płynu wolnego, a wybadać się dające guzowate twardości, uchodzić mogą za części torbiela wielokomorowego.

Przeciw niemu przemawia: powierzchowność fali płynu za lekkiem trącaniem, brak wyraźnych granic obrzęku, i czasem bardzo znaczna ruchomość obrzęków w płynie, wreszcie objawy gorączki trwającej właściwie gruźlicy, bardzo wybitne charłactwo, lub objawy przerzutów w innych narządach.

Obrzęki nerkowe, które można pomieszać z torbielem, są: puchlina nerkowa, bąblowiec i rak.

Ważną pod względem łatwego pomieszania, jest puchlina nerkowa (*Hydronephrosis*). Rozeznanie jest łatwym, gdy obrzęk, który ona tworzy, nie jest wielki, tak, że się da wyraźnie wykazać boczne jego ułożenie, pochodzenie od jednej z okolic nerkowych, ustalenie jego tamże i dolna granica, na której można wykazać brak wszelkiego związku z narządami małej miednicy, a co jeszcze ważniejsza, to ta wybitna cecha obrzęków pozaotrzewnowych, że mają kiszki przed sobą, to znaczy, że nie przylegają bezpośrednio do ściany brzusznej.

Jeżeli jednak obrzęk jest tak wielkim, że sięga aż w jamę małej miednicy i uciska nawet jej narządy, to trudności rozeznania, mogą być bardzo wielkie. Wówczas należy uwzględnić zepchanie kiszki przeważnie w jedną stronę, oraz wyraźne ułożenie kiszki, szczególnie jelita grubego, przed obrzękiem. Obrzęki lewej nerki mają poprzecznie na nich przebiegającą kątnicę zstępującą (*Colon descendens*) a prawej nerki, kątnicę wstępującą (*C. ascendens*) przed sobą, i na zewnątrz. Jeżeli kiszki są gazami wydęte, to można wykazać je samym wypukciem; w przeciwnym razie, w przypadkach, gdy podejrzujemy, iż obrzęk jest pozaotrzewnowym, należy wypełnić kiszki albo znaczną ilością wody, aby się wyraźniej przed obrzękiem zarysowały, lub powietrzem (S p. W e l l s), albo kwasem węglowym, lub wsuwamy sondę kiszkową aż do kątnicy zstępującej, tak, aby ją wykazać można przed, lub za obrzękiem (S i m o n). Także przez poprzeczne pocieranie niewyraźnie na obrzęku odznaczającej się kiszki, można przez skurcz doprowadzić do wyraźnego wystąpienia jej w postaci grubego postronka (S p. W e l l s) lub wykazać przysłuchem przechodzenie gazów, badając w kilka godzin po jedzeniu. Wykazanie niewątpliwe kątnicy przed obrzękiem, i zupełny brak odgłosu kiszki w okolicy przylędźwiowej, wyklucza zupełnie istnienie torbiela jajnikowego.



Badanie oburęczne, wykazuje zwykle ściślejsze przyleganie torbielów jajnikowych do wchodu miednicy, niż obrzęku nerkowego, a przeciw torbielowi przemawia znaczniejsza ruchomość macicy.

W przypadkach, w których nie da się osiągnąć pewności rozpoznania, można próbować, na chorej uspionej, badania połową ręki, lub całą ręką przez odbytnicę, z równoczesnem ściąganiem macicy ku dołowi, gdyż wówczas może się udać wykazanie stosunku obrzęku do macicy lub do jajnika. Tu należy wspomnieć, że otrzewna napięta wielkim obrzękiem, może w miejscu, w którym na obrzęk przechodzi, zupełnie naśladować szypułkę.

Inne objawy, jeżeli istnieją, jak: moczenie krwawe, i ropa w moczu, przemawiają za puchliną nerkową.

Z wywiadów ważnem jest, jeżeli początek obrzęku datuje się od bardzo dawna lub od lat dziecięcych, a wzrost jego jest bardzo wolny, co czyni torbiel nieprawdopodobnym.

Nakłucie obrzęku, w przypadku puchliny nerkowej, jest niebezpiecznem, i nie zawsze dającym pewne wyniki rozeznawcze, gdyż jakkolwiek znaczna ilość mocznika jest objawem cechującym, to może go brakować w starych obrzękach, a wyraźne ślady, mogą znów znajdować się i w treści torbielów. Simon polecał sondowanie jamy torbiela przez rurkę trokaru, aby się przekonać, w którym kierunku głównie się rozszerza.

Opisane cechy puchliny nerkowej, odnoszą się i do złośliwych nowotworów nerek i do bąblowca (*Echinococcus*).

Obrzęki sieci i krezek mogą stać się podobnymi do torbiela, gdy osiągną znacznej wielkości, co jednak bardzo rzadko się wydarza. Tu zaliczamy tłuszczaki, włókniki, i mięsaki krezek i sieci. Bardzo wielkie tłuszczaki, podają Bailey i Cooper, a Schröder, w jednym przypadku, dopiero w czasie operacji przekonał się, że ma do czynienia z mięsakiem sieci, a nie z torbielem.

Nakłucie i cięcie próbne w celach rozeznawczych (*Punctio et incisio probatoria v. explorativa*). Dawniej gdy silono się na dokładne rozpoznanie rodzaju obrzęku głównie ze składu chemicznego treści, przypisywano nakłuciu taką wartość, że wymagano wykonania go w każdym prawie przypadku, gdy rozchodziło się o wykonanie operacji. Główną przyczyną jednak była obawa spotkania się z innym obrzękiem jak z torbielem jajnika. W miarę zaś wykształcenia sposobów badania jakoteż postępowania bezgnilnego i techniki operacyjnej, oraz z zyskaniem doświadczenia, że spodziewa-

nych niezawodnych cech, otrzymanych z badania treści, może zupełnie brakować, a co więcej, że nakłucie, w przypadkach treści ropnej lub w przypadkach skórzaków i mięśniowłókniaków, może być bardzo niebezpiecznym, nadzwyczajnie ograniczyło się wykonanie nakłucia w celach rozeznawczych.

Jeżeli chodzi nam o to, aby w przypadkach wątpliwych, chociażby z bardzo widocznych cech j. t. barwy, lepkości, krzepliwości, lub przezroczystości i wodnistości, otrzymać jeszcze dane do oznaczenia jakości obrzęku, to wystarcza do tego celu nakłucie cienkim trójgrańcem, lecz nie tak cienkim, aby płyn gęsty nie mógł odpłynąć, i wystarcza wypuszczenie tylko takiej ilości płynu, która dostateczną jest do wykazania cech wspomnianych, a ewentualnie i do badania drobnowidowego. Wówczas wykonywamy nakłucie (po dokładnem zmydleniu ścian brzusznych i obmyciu wodą sublimatową), w smudze białej brzucha, w środku pomiędzy pępkiem i spojeniem kości łonowych.

Nakłucie może znacznie przyczynić się do rozpoznania, lub umożliwić je, gdy chodzi o wykrycie przyczyny puchliny brzusznej, lub gdy towarzyszy ona obrzękowi, którego cechy są z powodu jej istnienia, niewyraźne. Wówczas wykonywamy nakłucie albo także w smudze białej, lub w środku linii łączącej pępek z kolcem kości biodrowej górnym przodkowym (miejsce *Monro-Richtera*), i jamę brzuszną opróżniamy z treści.

Trzebiecki<sup>1)</sup> wykazał, że w 23 przypadkach 5 razy przebiegała tętnica *art. epigastr. inferior* przez to miejsce, i podaje z własnej praktyki przypadek krwotoku po nakłuciu, który powstrzymał uciskiem tętnicy udowej.

O wartości leczniczej opróżnienia torbielów przez nakłucie, będzie mowa w rozdziale o leczeniu torbielów.

Nacięcie próbne wówczas jest wskazaniem, gdy przyroda obrzęku nie jest dostatecznie wyjaśnioną, a objawy wymagają rozstrzygnięcia o niej, a zatem i o możebności usunięcia obrzęku przez operację. Dlatego też nacięcie próbne, należy pojmować jako ewentualny pierwszy akt operacji odjęcia obrzęku. Doświadczenia dostatecznie wykazują, że zabieg ten nie jest niebezpiecznym wobec bardzo skrupulatnego postępowania przeciw i bezgnilnego.

<sup>1)</sup> O możliwości skaleczenia tętnicy nadbrzuszej dolnej przy nakłuciu jamy brzusznej — Przegląd Lekarski 1890 Nr. 32, 33 i 34.

O sposobie wykonania nacięcia, będzie mowa w pierwszym akcie owariotomii, a tu nadmieniamy tylko, że cięcia, wykonane w środku pomiędzy pępkiem a spojeniem kości łonowych, powinno być tak wielkiem, aby przez nie 2—3 palców można wsunąć w jamę brzuszną.

**Rokowanie** co do torbiela, który rozpoznaliśmy jako wielokomorowy czyli rozplemny, jest bezwzględnie złem, gdyż pozostawiony samemu sobie, bywa przyczyną śmierci albo przez ucisk wywołany na ważne narządy, lub przez zwyrodnienie złośliwe i przez przerzuty w otrzewnie i innych narządach. O każdym zatem torbielu, który już z powodu swej wielkości staje się dolegliwym, należy źle rokować, gdyż torbiele jednokomorowe, które są większe niż pięść, zaliczamy już do rzadkości, podobnie jak bardzo wolno, latami całymi trwające wzrastanie torbieli wielokomorowych, lub ustanie wzrastania.

O torbielach, które potrzebują lat całych, aby w nich wykazać różnicę wzrostu, możemy lepiej rokować ze względu na przebieg, przypuszczając, że mamy do czynienia z torbielą jednokomorową. Wiemy, że podobnie zachowują się i skórzaki, te jednak o wiele częściej bywają przyczyną zapaleń zlepnyczych w sąsiedztwie, i dlatego rokowanie wobec nich bywa gorszem.

**Leczenie.** Jedyne skuteczne i pewne leczenie największej ilości torbieli, polega na doszczętnym odjęciu ich przez Owariotomię. Zanim jednak przystąpimy do omówienia tej operacji, musimy tu wspomnieć o nakłuciu torbiela, i zupełnem opróżnieniu go z treści, które w niektórych przypadkach może stać się zabiegiem doszczętnie leczącym, a w innych przypadkach bywa leczeniem łagodzącym. Dawniej, gdy owariotomia należała do operacji bardzo niebezpiecznych, ograniczano się tylko do usuwania dolegliwości, pochodzących z ucisku obrzęku, przez opróżnienie torbiela od czasu do czasu, i w ten sposób ilość wykonanych nakłuć nieraz dochodziła go bardzo znacznych cyfr.

Wobec doskonałych wyników owariotomii, nakłucie zeszło obecnie na ostatni plan, i bardzo wyjątkowo tylko bywa używanem w celu doszczętnego uleczenia torbiela, jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że w literaturze znanych jest dużo przypadków, w których torbiel po opróżnieniu, albo przez kilka lat nie powracał, lub całkiem uleczonym został. W największej ilości tych przypadków chodziło

o torbiele przyjajnikowe, jak tego dowodzi zestawienie Schatza<sup>1)</sup>, a wśród tych są i takie, w których torbiele napełniły się ponownie dopiero po 7 i 11 latach (Atlee). Z kliniki Madurowicza pamiętam przypadek, opisany później przez J. Rosnera<sup>2)</sup>, w którym ustalenie przezemnie torbiela, i ucisk wywarły nieco tępym trójgranicem, w celu nakłucia, wystarczył do pęknięcia torbiela, który się już ponownie nie wypełniał. J. Rosner opisuje z tejże samej kliniki przypadek zupełnego uleczenia torbiela przez nakłucie, który posiadał treść czysto ropną, i zanikał do bardzo nieznacznych rozmiarów. Ze względu jednak na możebność ponownego napełnienia się i po kilku latach jeszcze, i dalszego wzrastania, ilość torbieliw doszczętnie tą metodą uleczonych, zmniejszyłaby się bardzo znacznie. Uleczenie zaś torbieliw wielokomorowych zapomocą nakłucia, możebnem jest chyba w tych wyjątkowych przypadkach, gdy już treść ich, wielką ilością zawartego tłuszczu, wskazuje na sprawę wstecznego przeobrażenia. Z tego zatem, co się wyżej powiedziało, może być nakłucie usprawiedliwionem, jako próba doszczętnego uleczenia, wówczas, gdy badanie nasuwa prawdopodobieństwo torbiela jednokomorowego a szczególnie przyjajnikowego, o treści jasnej, wodnistej i ścianach cienkich.

Nakłucie, jako środek łagodzący, bywa wówczas wskazaniem żywotnem, gdy ciężkie zaburzenia w innych narządach (ostre choroby płuc i serca), wymagają opróżnienia z powodu duszności, lub gdy torbiel swą objętością stanowi przeszkodę porodową, lub gdy owariotomia jest przeciwwskazaną, z powodu takich chorób, które w krótkim czasie kres życiu położą, a w końcu, gdy chora żadną miarą na owariotomię zgodzić się nie chce, lub gdy ta operacya, z powodu warunków samego obrzęku, jest niewykonalną, któryto ostatni wzgląd, często indywidualnie pojęty i zależny od pewności operowania, dotyczy przeważnie torbieliw zupełnie podsurowiczo rozwiniętych.

Co się tyczy samego nakłucia, celem zupełnego opróżnienia torbiela, to najstósowniejsem miejscem, jest smuga biała brzucha, bliżej pępka niż spojenia kości łonowych, gdyż tu najpewniej omijamy znaczniejsze naczynia ścian brzusznych. Zresztą wybór miejsca zależy od tego, gdzie najściślej torbiel przylega do powłok, a wówczas staramy się ominąć tylko zewnętrzny brzeg mięśni prostych brzucha. I w samym pępku można wykonać nakłucie, jeżeli tenże

<sup>1)</sup> *Archiv. f. Gyn.* T. IX. 1875. — <sup>2)</sup> *Przegląd Lekarski* 1886 Nr. 27.

jest całkiem rozciągniętym. Dumreicher<sup>1)</sup> podaje przypadek, w którym nakłuto torbiel 70 razy przez pępek. Olshausen radzi, aby w miejscu obranem do nakłucia, zawsze sprawdzić przysłuchem, czy nie dadzą się wybadać szmery, pochodzące od większych naczyń, a wypukiem wykluczyć istnienie kiszek. W razach bardzo grubych powłók brzusznych, a cienkich ścian torbiela, bardzo się poleca poprzednie przecięcie samej skóry, która największy opór stawia przy nakłuciu. Nakłucie torbieli od pochwy, a tem bardziej od kiszki stolcowej, dawniej praktykowane, obecnie zarzuconem zostało.

Aby uniknąć dostania się powietrza do jamy torbiela, należy w miarę zmniejszania się siły prądu cieczy, wywierać jednostajnie zwiększający się ucisk na ściany torbiela.

Niebezpieczeństwa nakłucia torbiela, polegają głównie na krwotoku z nakłutego naczynia ścian brzusznych lub ścian torbiela, na sposoczeniu lub zropieniu tych ostatnich, i na dostaniu się nieobojętnej treści torbiela do jamy brzusznej. Dlatego też w literaturze dawniejszej, spotykamy się z znaczną ilością przypadków śmierci skutkiem nakłucia. Obecnie możemy wprawdzie stanowczo zapobiedz jednej z najczęstszych przyczyn śmierci ze sposoczenia i zropienia torbiela, przez ściśle postępowanie bezgnilne, lecz inne wymienione przyczyny pozostają i nadal w całej swej ważności. Dlatego też nakłucie torbiela już w końcu zeszłego wieku miało zagorzałych przeciwników jak Sharp-Callisen, Sabatier i Richter. Stilling zaś idzie tak daleko, że nakłucie torbiela nazywa zbrodnią. Olshausen zaś nazywa błędem sztuki nakłucie, które zostało wykonane nie z ostatecznej konieczności, lub z konieczności rozpoznania.

Dawniej, gdy niebezpieczeństwo owariotomii było jeszcze zbyt wielkiem, silono się na to, aby nakłucie uczynić przecie rękoczymem, doszczętnie leczącym torbiele. Dlatego, już w początku tego wieku, próbowano, po opróżnieniu torbiela, wstrzykiwać w jego jamę *Zincum sulf.* (Bell) wina gorącego (Brenner-Bossu) lub alkoholu (Jobert).

Velpeau pierwszy użył ku temu celowi, nalewki jodowej, a po roku 1851 sposób ten wszedł prawie w powszechne użycie, gdyż osiągnano nim często przez czas dłuższy trwające zaprzestanie wzrostu, lub stałe uleczenie. W roku zaś 1856 sposób ten polecał Fock już wyłącznie w przypadkach torbieli jednokomorowych, a po roku 1860 nie używał go już nikt więcej; dziś już może mieć tylko znaczenie historyczne, z powodu wielorakich niebezpieczeństw, które go czynią często o wiele niebezpieczniejszym zabiegiem od owariotomii.

<sup>1)</sup> *Wochenblatt der Wiener Aerzte* 1866.

## Wycięcie torbiela jajnikowego. Ovariotomia.

Historia operacji. Myśl doszczętnego wycięcia torbiela jajnikowego zapomocą operacji, datuje się od końca XVII-go wieku (Schorkopf 1685). W roku 1701 Haustoun wydobyl obrzęk, zawierający treść koloidową, przez otwór cięcia 5" długiego, poczem chora wyzdrowiała; Salvator Morand zaś, chcąc wyciągnąć trójgraniec, wyciągnął z nim cały torbiel, lecz chora umarła.

Pierwszym, który operował z planem z góry obmyślanym i ściśle przeprowadzonym, był Ephraim Mc. Dowell w Kentucky w r. 1809, i jego też powszechnie za ojca owariotomii uważają; z 7-miu operowanych, stracił on tylko jedną. Niezależnie od niego operował Natan Smith w Norwich, i był zarazem pierwszym, który odważył się podwiązki szypułki, krótko obcięte (cienkie skrawki skóry!), pozostawić w jamie brzusznej.

Mniej szczęśliwe początki, miała operacya ta w Anglii, gdzie niepowodzenia Lizarasa (1824) i Granvilla (1827) odstraszały przez długi czas innych operatorów. Operowali oni ściśle podług wskazówek Dowella „wielkiem cięciem“ (*Operatio magna*), od wyrostka mieczykowatego, aż do spojenia kości łonowych, gdyż nie znali korzyści wynikających ze zmniejszenia obrzęku, w czasie operacji, przez nakłucie go. Jefferson (1863) był pierwszym, który operował przez cięcie tylko 1½" długie. Dopiero w r. 1842 zaczęli znowu z powodzeniem operować Walne w Londynie a po nim Bird, Baker Brown, a wreszcie Clay w Manchester, który do roku 1863 wykonał już 108 operacji, i to zawsze „wielkiem cięciem“, z których 70 t. j. 64% z wynikiem szczęśliwym. Szypułkę, po podwiązaniu, zapuszczano zawsze w jamę brzuszną aż do r. 1859, a podwiązki, przez dolny koniec rany umieszczano zewnątrz. Clay też pierwszy użył zegadła do przypalenia krwawiących naczyń zlepow.

W Niemczech, pierwszą szczęśliwą operację, wykonał Chrystmar w Isny w Wirtembergii r. 1820, a do roku 1850 wykonano ich tylko 22, z których 16 t. j. 70% nieszczyśliwie, tak, że Diffe nbach uważał owariotomię za operację nieuprawnioną.

W roku 1850 Duffin angiłk, a podług Niemców Stilling w r. 1849 zaczęli operować, z umieszczeniem szypułki w dolnym kącie rany, któryto sposób, w ogólne użycie wszedł od 1858 roku, gdy Hutchinson ku temu celowi podał klamrę, i od tego do czasu, datuje się początek owariotomii z uleczeniami, wykonywanych na większą skalę i ulepszonych jeszcze poleconym przez Baker Browna sposobem przecięcia szypułki zapomocą zegadła.

Prawdziwy postęp i ciągłe coraz większe wykształcenie sposobów operowania, poczyna się dopiero od roku 1858, gdy Spencer Wells poświęcił się wyłącznie owariotomii. Jemu też głównie zawdzięcza operacya ta to stanowisko, jakie dziś zajmuje. Główne zasady Sp. Wellsa, polegają na możebnie najmniejszym cięciu brzuszmem, odcięciu szypułki daleko od podwiązki, umieszczeniu jej w dolnym kącie rany, ujęciu otrzewny w szew brzuszny, czystości i dobrem powietrzu, jako warunkach powodzenia.

We Francyi, pierwszą owariotomię z powodzeniem, wykonał w dniu 28 Kwietnia 1844 r. polak Wójejkowski<sup>1)</sup> (falszywie Woyerkowskim nazywany),

<sup>1)</sup> *La première Ovariétomie faite en France. Gazette hebdomadaire de Med. et de Chir. 1893.*

we wsi Monfort (Canton de Quingey Dep. Doubs), a jeszcze w roku 1856 roztrząsano użyteczność owariotomii, i wszyscy, z wyjątkiem Cazeaux'a, oświadczyli się przeciwko niej. Dopiero Nelaton przeniósł od Sp. Wellsa owariotomię do Francji, a do wykształcenia jej tutaj, przyczynił się nakoniec Koeberlé w Strasburgu, który pierwszy uznał wielkie niebezpieczeństwo rozkładających się wydzielin w jamie brzusznej, i starał się temu zapobiedz albo przez otworenie na nowo rany, lub przez drenowanie przez ranę brzuszną, albo też przez tylne sklepienie (Sims).

W Niemczech najwięcej zasłużyli się około operacji: Nussbaum, Billroth, Spiegelberg, Veit, Hegar, Schröder, Olshausen i. w. i. U nas, mianowicie w Galicyi, pierwszą owariotomię z powodzeniem, wykonał Madurowicz w r. 1875.

Udoskonalenie jednak, nietylko polegało na sposobach operowania, lecz głównie na dokładności w zastosowaniu metody przeciw- i bezgnilnej Listera, która uczyniła też zapuszczenie szypułki w jamę brzuszną nie niebezpiecznem, tak, że dziś operacja ta, w zwykłych warunkach zupełnie typowa, nigdy się już nie wykonywa z umieszczeniem szypułki w ranie.

Wskazania do owariotomii. Wobec doskonałych wyników operacji, rozszerzono wskazania do niej na wszystkie prawie przypadki torbielów wielokomorowych, tak, że obecnie chodzi prawie o to tylko, jakiej wielkości torbiele powinny być już operowane, czyli jakiej wielkości torbiele uznać należy za wielokomorowe, zatem rozplemne i bezwarunkowo operacji wymagające. Schröder uważał za zupełnie usprawiedliwioną operację każdego torbiela, który dosięgnął już wielkości głowy dziecka, gdyż takie obrzęki, prawie bez wyjątku wzrastają. Najdogodniej zaś operować wówczas, gdy torbiel już znaczną powierzchnią przylega do przodkowej ściany brucha, tak, że pomiędzy nim, a ścianą brzuszną, już nie znajdujemy kiszek, co ma miejsce, gdy torbiel sięga do pępka. Rozumie się samo przez się, że znaczne dolegliwości, lub towarzysząca puchlina brzuszna, nie pozwalają wyczekiwania, i nakazują wczesną operację.

W miarę wzrostu torbiela i warunki, przedtem doskonałe, mogą się pogorszyć przez zlepy, upośledzenie w krążeniu, oddychaniu i przez upadek sił.

Torbiele ściśle jednokomorowe, jajnikowe lub przyjajnikowe, można wprawdzie próbować uleczyć lub na długo powstrzymać we wzroście zapomocą nakłucia, lecz i dla nich najlepszym sposobem uleczenia, pozostanie owa riotomia.

Częściowy rozwój podsurowicy, nie stanowi przeciwwskazania, lecz całkowity, z zupełnem rozdzieleniem blaszek więzu szerokiego aż do podstawy i pod otrzewną dna miednicy, może przedstawiać

trudności operacyjne nie do przewyciężenia, i z tego powodu tworzyły przeciwskazanie.

Żaden wiek nie stanowi przeciwskazania, tak, że znamy owariotomie wykonane z powodzeniem na dziecku w 20 miesiącu życia (Küster), i u staruszek 79 i 80 letnich (Schröder). Wyjątek stanowi bardzo wolny wzrost torbiela obok wybitnego uwiadu starczego. Przeciwskazania tworzą, w każdym wieku, komplikujące choroby, po których przebiegu spodziewać się należy, że wkrótce muszą się zakończyć śmiercią.

Natychmiastowego wykonania operacji, wymaga poczynające się zapalenie otrzewny, najczęściej pochodzące ze skręcenia szypułki i zapalenie ścian torbiela, połączone ze sposoczeniem i zropieniem. Doświadczenie bowiem uczy, że operacja, w najgorszych warunkach wykonana, zdołała uratować życie przez usunięcie źródła zapalenia, lub gniazda ropnego. Po wybitnych, ograniczonych zapaleniach otrzewny, nie należy także długo zwlekać z operacją, aby zlepy nie stały się zbyt silnymi.

Ciąża komplikująca torbiel, powszechnie uważaną bywa jako wskazanie bezwzględne do wykonania owariotomii, gdyż nie pogarsza widoków wyzdrowienia po operacji, gdy pozostawienie torbiela może często narażać na niebezpieczeństwo, grożące życiu matki i dziecka, i to tak w czasie ciąży, jak i w czasie porodu. Obok wielkich obręzków może wystąpić niebezpieczeństwo z powodu zacieśnienia jamy brzusznej. Największe jednak niebezpieczeństwo pochodzi z możliwości skręcenia szypułki, z szczególnie gwałtownymi przypadkami, z powodu nadzwyczajnego rozwoju żył w więzach szerokich, tak, że w bardzo krótkim czasie wytwarza się obraz ogólnego zapalenia otrzewny. Prócz tych niebezpieczeństw, torbiele mniejszych rozmiarów, szczególnie skórzaki, najczęściej z otoczeniem zlepione, mogą doznać uwięźnienia w czasie porodu, a Hofmeister podaje przypadek pęknięcia z zejściem śmiertelnym. Czasem da się wprowadzić nawet z otoczeniem zlepiony torbiel w czasie porodu wysunąć poza główkę, gdyż zlepy wówczas stają się wiotkimi, lecz przezorny lekarz na to liczyć nie powinien, i tylko w takim razie pozostawić je własnemu losowi, gdy zajmują szczególnie niskie położenie, i okazują rozległe zrosty.

Przygotowanie do operacji. Nie mogąc tu zapuszczać się w drobne szczegóły postępowania przeciw i bezgnilnego, które powinno być z całą ścisłością przeprowadzone, nadmienimy, że przy-



gotowanie chorej do operacyi nie tylko polega na tem postępowaniu, lecz i na uwzględnieniu przynajmniej chwilowego stanu ogólnego, i zaburzeń ze strony rozmaitych narządów, które mogłyby przeszkadzać prawidłowemu przebiegowi po operacyi.

Jeżeli zatem nie jesteśmy zmuszeni do wykonania operacyi jak najprędzej, to nie wykonywamy jej, podobnie jak i innych operacyi, w czasie miesiączkowania, ani też przed niem, lecz najlepiej w tydzień po ukończeniu. Kaszel gwałtowny należy uśmierzyć przed operacyą środkami nasennymi, i zwrócić uwagę na ilość wydzielanego na dobę moczu, a gdy ta ukaże się zbyt skąpą, przysparzać wydzielanie przez podawanie wód alkalicznych. W wilię operacyi, dostaje chora rano łyżkę oleju rycynowego, w południe drugą łyżkę, a po stolcach obfitą lewatywę z letniej wody, zapomocą koneweczki Hagarowskiej. Wieczorem zaś dwie dawki *Bismuthum subnitri* po 0:30—0:50 pro dosi, i kąpiel trwającą blisko godzinę, z dwurazowem zmydleniem i obmyciem całego ciała. Rano w dniu operacyi, chora dostaje szklanekę ciepłego mleka

Do uspiania chorej używany jest u nas prawie wyłącznie czysty chloroform (*e hydrate chlorali paratus*). Billroth używa mieszaniny chloroformu, eteru i wyskoku. Szkoła Berlińska poleca na 1/2 godziny przed uspianiem wstrzyknięcie podskórne morfiny, jako znacznie skracające usypianie, a Obaliński<sup>1)</sup> poleca przed i po narkozie chloroformowej, podanie 1—3 etgr. kokainy jako środka zapobiegającego wymiotom, lub zmniejszającego je.

Po nastaniu uspiania, przystępujemy do przygotowania pola operacyjnego, które polega na ogoleniu włosów wżgórka łonowego, i na obfitem zmydleniu całego brzucha, do czego najstósowniej użyć mydła szarego czyli potasowego (*Sapo viridis, S. kalinus*), które samo przez się jest środkiem doskonale odrażającym, poczem najlepiej mydliny zdjąć goląc brzytwą, przez co usuwamy powierzchowne warstwy przyskórka, a następnie spłukujemy obficie 1‰ roztworem sublimatu, a wielu operatorów jeszcze po osuszeniu skóry obmywa ją eterem, dla usunięcia tłuszczu skórniego.

Z biegiem czasu i doświadczenia, wytworzyło się to ogólne przekonanie, że im mniej narzędzi i pomocników używa się do operacyi, tem lepiej. Z pomocników zatem, używamy jednego do usypiania, drugiego do bezpośredniej pomocy, który staje po stronie

<sup>1)</sup> Nowy rodzaj narkozy mieszanej. Przegląd Lek. 1888 str. 225,

lewej chorej, a trzeciego, który zajmuje się narzędziami, podawaniem podwiązek, nawlekaniem igieł, i ewentualnie termokauterem. Narzędzia, poprzednio wyjałowione gorącym powietrzem ( $140^{\circ}$  C.) w przyrządzie Kocha lub krążącą parą w przyrządzie Rohrbecka, leżą w 3% roztworze kw. karbolowego, lub w wyjałowionym roztworze soli kuchennej.

Potrzebne narzędzia są następujące: 2 skalpele, 2 kleszczyków długich do trzymania wacików, 6—8 Péanowskich kleszczyków do chwytania krwawiących naczyń, 2 pinsety haczykowe, kleszcze Péanowskie (fig. 125), kleszczyki Museuxa, 2 trzymadła do igieł, 1—2 igieł Déchampsa, igły zwykłe do szycia, i właściwy trokar połączony z rurą gumową dla odprowadzenia treści torbiela wprost do podstawionego naczynia.

Operację dzielimy na 4 ustępy, czyli akta: 1. Otwarcie jamy brzusznej, 2. zmniejszenie i wydobycie torbiela, 3. odjęcie torbiela i zaopatrzenie szypułki, 4. zeszytanie rany brzusznej. Ewentualnie, pomiędzy aktem 3. a 4. przybywa akt pośredni, t. j. wyczyszczenie, czyli toaleta jamy brzusznej.

1. Otwarcie jamy brzusznej, czyli cięcie brzuszne, wykonywamy zawsze w linii białej brzucha, a wielkość jego zależy od wielkości torbiela. Jeżeli się zaś cięcie wykona za małe, to można je zawsze w obu kierunkach powiększyć. Pierwszemi cięciami zaraz przecinamy skórę i tkankę tłuszczową podskórną aż do linii białej, zaczynając na 2 palce poniżej pępka, aż prawie do samego spojenia kości łonowych, poczem wyszukujemy ścięgnistą granicę pomiędzy mięśniami prostymi brzucha, co łatwem jest u kobiet które rodziły, u takich zaś które nie rodziły, łatwiej się to udaje nieco wyżej ku pępkowi, gdyż w dole mięśnie bywają na sobie przesunięte, przez co granica ich bywa niewyraźna. Po przecięciu tego ścięgnistego połączenia, pokazuje się warstwa tłuszczowa podotrzewnowa, mogąca robić wrażenie sieci (*Omentum*). Krwawiące naczynia zaciskamy kleszczykami, a przed nacięciem otrzewny, podwiązujemy katgutem. Zbyt silne mięszone krwawienie z całej rany, które najczęściej się wydarza wobec zapalenia otrzewny, powstrzymujemy uciskaniem wacikami, lub natryskiwaniem 2% ciepłym roztworem kw. karbolowego.

Teraz przez przeźroczystą otrzewną, prześwieca już ściana torbiela przesuwająca się za ruchami oddechowymi, i na niej otrzewna może być przecięta; jeżeli zaś przyleganie nie jest ścisłym, przecinamy fałd otrzewny, uchwycony pomiędzy dwie pinsety, poczem

rozszerzamy otwór tak, aby się w niego dwa palce zmieściły, i rozszerzamy go po palcach naprzód ku górze, aby poprzednio zbadać stósunek pęcherza do ściany brzusznej. Wydarza się bowiem, że pęcherz, całkiem z moczu opróżniony, sięga za wysoko na przodkowej ścianie brzucha i może być skaleczonym jeszcze dość wysoko nad spojeniem kości łonowych, lub że bywa wyciągniętym w górę przez obrzęk podsurowicy. Po zbadaniu zatem tych stosunków i sprawdzeniu przeświecania warstwy poniżej zrobionego otworu, przedłużamy cięcie po palcach ku dołowi, a w przypadku gdy zachodzi obawa nacięcia pęcherza, ku górze do samego pępka lub wyżej. W każdym razie gdy cięcie ponad pępek przedłużyć wypada, co zazwyczaj dopiero czynimy przy bardzo znacznych torbielach, lub zrostach których w inny sposób odsłonić nie można, to omijamy cięciem pępek na lewo i cięcie ponad nim także prowadzimy nieco na lewo, aby ominąć *lig. teres hepatis*.

W dość rzadkich przypadkach, gdy torbiel na znacznej przestrzeni jest zlepionym, w środku przodkowej ściany brzucha, wydarzyć się może, iż, w mniemaniu żeśmy już otrzewną przecięli, przystępujemy do odłuszczenia torbiela od ściany brzusznej, i zamiast tego, odłuszczamy, na znaczniejszej przestrzeni, otrzewną od niej. Aby błędu tego, który wydarzył się i znakomitym operatorom, uniknąć, najlepiej w takich przypadkach przedłużyć cięcie tak wysoko, aż dojdziemy do miejsca niezlepionego, i dopiero po dostaniu się do jamy otrzewny, odłuszczać torbiel z góry na dół. Kiedyiudziej może torbiel podsurowicy znacznie oddzielić otrzewną od przodkowej ściany brzucha. Jeżeli wówczas otworzyć chcemy jamę otrzewny zbyt nisko, to wydarzyć się może, że całkiem na otrzewną nie trafimy i do jamy brzusznej się tą drogą nie dostaniemy, lecz dopiero wyżej.

2. Zmniejszenie i wydobywanie torbiela. Po dokonaniu cięcia brzuszego, wsuwamy połowę ręki, poprzednio obmytą z krwi w 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ciepłym roztworze kwasu karbolowego lub w wodzie wyjałowionej, i nią obchodzimy ile się da jak największy obwód torbiela, aby się przekonać, czy nie okazuje zlepów ze ścianami brzuszniemi, z kiszki lub z siecią, i dopiero wówczas gdy się przekonamy, że torbiel jest w zbadanym obwodzie wolnym, przystępujemy do zmniejszenia go, przez opróżnienie z treści.

Większa część operatorów czyni to za pomocą trójgrańca, jednak za szkołą Berlińską (Schröder) poszło wielu Niemców, i obchodzą się bez tego narzędzia, nakłuwając ścianę torbiela nożykiem,

i rozszerzając nieco otwór wówczas, gdy prąd płynu staje się słabszym, aby brzegi otworu chwycić osobno kleszczykami Nelatonowskiemi i wyciągać torbiel w miarę opróżniania go. Niewątpliwie jednak bezpieczniejsze od zanieczyszczeń, postępuje się, wbijając trokar w torbiel. Trokary ku temu celowi używane, powinny posiadać trzy warunki t. j. dostateczną grubość, aby opróżnianie nie postępowало zbyt powoli, łatwość wyczyszczenia i wyjąłowania ich, i odprowadzenie płynu wprost w podstawione pod stołem naczynie, za pomocą rury gumowej, połączonej z trójgrańcem.

Niewątpliwie najlepiej tym warunkom, odpowiada ukośnie ścięta zaostzona rura (fig. 124), połączona z rurą gumową, lub że najprostszy, grubszy trokar, z którego płyn wycieka na miedniczkę, połączoną dnem z rurą gumową. Z wielu innych właściwych narzędzi, w powszechniejszem używaniu będących,



(Fig. 124).

są trójgrańce Sp. Wellsa i Billrotha. Lepszym jednak od tych obu a mniej rozpowszechnionym, jest trójgraniec Madurowicza.

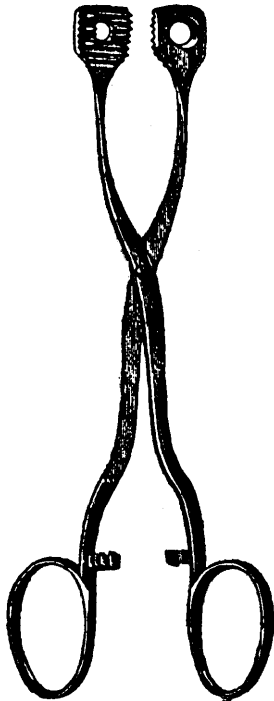
Jeżeli używamy trójgrańca, to po dostatecznem opróżnieniu torbiela, pomocnik obciska brzegi jego dokoła trokaru, a operator wyciąga go szybko z obrzęku, i otwór zaciska kleszczami Nelatona, lub Péana (fig. 125), poczem torbiel powoli na zewnątrz wyciąga, a pomocnik, przyciskając brzegi rany do niego, czuwa, aby się кишки lub sieć nie wysuwały. W ten sposób torbiel nawet duży, jeżeli jest klinicznie jednokomorowy i zupełnie wolny, może przez małe nawet cięcie brzuszne zostać całkowicie, aż do szypułki wyciągniętym. Nie rzadko jednak zdarza się, że wysunięciu się torbiela, przeszkadza torbiel drugorzędny, który należy opróżnić od jamy torbiela głównego, przez nakłucie lub przez nacięcie.

Częściej jednak zdarza się przy większych torbielach, że wydobycie ich na zewnątrz, nie idzie tak gładko z powodu zlepek i zrostów.

Zlepy ze ścianą brzuszną, nawet rozległe, dają się najłatwiej rozlepić, gdy torbiel jest jeszcze pełnym, zatem przed nakłuciem. Zlepy zaś, które nie dadzą się rozlepić bez użycia znacznie-

szej siły, pozostawiamy do rozlepienia pod kontrolą wzroku wówczas gdy się torbiel opróżni.

Zlepy z otrzewną małej miednicy, wobec małego obrzęku, staramy się rozlepić ręką przed opróżnieniem torbiela. Wielkie obrzęki opróżniamy i pociągamy ku przodowi. Gdyby silniejsze zlepy zmuszały do użycia nożyczek, to nigdy nie należy ich inaczej przecinać, jak pomiędzy parą kleszczy lub pomiędzy dwiema podwiązkami. Zlepy rozległe, których nie należy pomieszać z podsurowiczym rozwojem torbiela lub przeciwnie, nie dające się usunąć, zmuszają niekiedy do ograniczenia się do niezupełnej operacji, o której później będzie mowa.



(Fig. 125).  
Kleszcze Péana.

Zlepy z siecią często także w ten sposób można rozlepić, że pod miernem ciśnieniem wacikiem owiniętym gazą, lub chustą, staramy się jakby zetrzeć sieć z torbiela, a gdy to się udało, rozkładamy sieć na skórze brzucha lub na chuście wyjałowionej, aby dobrze ją obejrzeć czy nie krwawi i ewentualnie podwiązać naczynia krwawiące. W przypadkach, gdy zlepy sieci są silniejsze, należy je podwójnie podwiązać, i między podwiązkami przeciąć. Czem mniejsze porceje sieci podwiązujemy, i czem mocniej przyciągamy podwiązki, tem pewniej za-

pobiegamy następowemu krwotokowi z jej obfitych naczyń, i nie potrzebujemy uciekać się do sprężystych podwiązek Hegarowskich. Do podwizań używa się jedwabiu lub katgut.

Zlepy z kiszka mi utrudniają niekiedy w wysokim stopniu operację. Często dają się one albo tępo rozlepić lekkim uciskiem palca, lub lekkim ścieraniem kiszki z obrzęku, a kiedy indziej w ten sam sposób, lecz znacznie trudniej, zatem i o wiele ostrożniej, tem bardziej że z powodu spraw zapalnych, ściana zlepiętego jelita, o wiele łatwiej się przedziera, niż niezlepiętego. Pojedyncze naczynia, krwawiące ze ściany odlepięcej kiszki, podwią-

zujemy po uchwyceniu ich pinsetą. Nierównie trudniejsze do zata-  
mowania, i gorsze w skutkach, są krwawienia z całych odlepionych  
powierzchni kiszki. Jeżeli krwawienie z nich nie ustaje po ucisku, przez  
dłuższy czas za pomocą chusty wykonywanym, to krwawiące miejsca  
można ucisnąć założeniem, za pomocą cienkiej igły, szwu katgutowego,  
jeżeli ściana kiszki nie okazuje znacznych zmian zapalnych; w prze-  
ciwnym razie, można krwawiące miejsca dotykać wacikiem zmacza-  
nym w wyjałowionym olejku terpentynowym (Martin) lub w roz-  
cieńczonym *liq. ferri. sesquichlor.*, lub zgęszczonym kwasie karboło-  
wym. Hegar poleca działanie promieniejącego gorąca, przez zbliżenie,  
miernie rozpalonej, gałki termokautera.

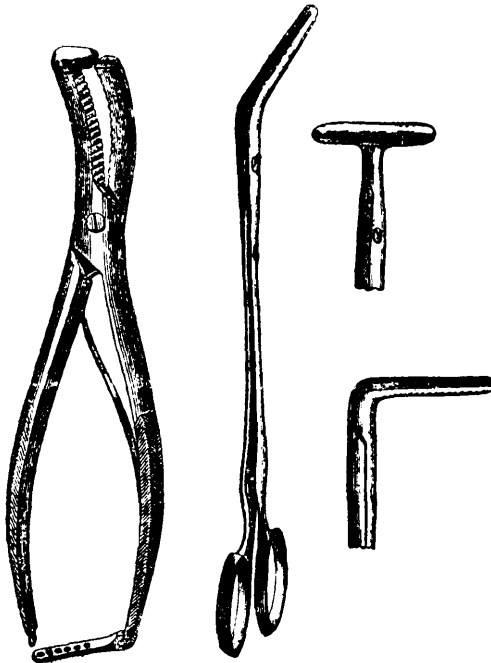
W przypadkach, w których oddzielenie kiszki od torbiela okaże  
się niemożliwym, należy postąpić tak jak to poleca Olshausen<sup>1)</sup>,  
to znaczy, w pewnym oddaleniu od zrostu obciąć dokoła ścianę tor-  
biela i obcięty kawałek pozostawić przy kiszce, po oddzieleniu jego  
warstwy wewnętrznej czyli przybłonkowej, lub po zniszczeniu jej termo-  
kauterem. Wkońcu bardzo rozległe zrosty — jakie wydarzają się  
szczególnie w przypadkach skórzaków — mogą być dostatecznym  
powodem do zaniechania operacyi, i ograniczenia się do nacięcia  
próbego, lub do użycia metody uleczenia operacyą niezupełną.

3. Podwiązanie, i przecięcie szypułki. Wyjątkowo  
tylko szypułka bywa tak cienką, że proste pojedyncze podwiązanie  
i przecięcie jej zupełnie wystarcza. Jeżeli szypułka jest nieco grubsza,  
to należy ją podwiązać w dwóch porcyach w ten sposób, że za po-  
mocą półtepej igły Dechamps'a, nawleczonej podwójną, grubą nitką  
jedwabną, przebijamy szypułkę w środku, odcinamy nitki przy igle,  
i podwiązujemy na obie strony, unikając skrzyżowania nitek. Wobec  
gładkości otrzewny, z której podwiązka tem łatwiej się zesuwa, im  
grubszy obejmuje pęczek szypułki, nigdy nie należy jej jedną pod-  
wiązywać podwiązką, gdyż często życie chorej zawisło od jednej pod-  
wiązki więcej. Jeżeli szypułka jest znacznej grubości, to poczynając  
od jednego brzegu, ujmujemy igłą Dechamps'a część za częścią, wpro-  
wadzając igłę zawsze w otwór poprzedzającej podwiązki, aby żadnej  
części nie pominąć i podwiązując trąbkę, która często przebiega od-  
dzielnie od szypułki.

W przypadkach bardzo szerokiej szypułki, zakładamy albo naprzód  
wszystkie podwiązki, a dopiero potem szypułkę przecinamy, lub aby

<sup>1)</sup> *Klinische Beiträge zur Gynaecologie* 1884 str. 51.

uniknąć znacznego napięcia, zaraz części podwiązane przecinamy. Jeżeli zaś szypułka jest grubą, mięsistą, surowiczo naciekłą, to bardzo poleca



1. 2.

(Fig. 126).

1. Zaciskadło szypułki Billrotha.
2. Zaciskadło czyli kleszcze Thorntona.

się poprzednie wytworzenie rynienki na podwiązkę, za pomocą kleszczy Billrotha (fig. 126, 1) lub Thorntona (fig. 126, 2). W celu przecięcia podwiązanej szypułki, podsuwamy pod nią chustę i na niej przecinamy nożyczkami na 1 cm. na zewnątrz od podwiązek, przytrzymując za nie, lub kleszczykami, szypułkę, aby nie opadła do małej miednicy. Dla osiągnięcia jeszcze większej pewności, polecał Schröder podwiązanie osobne naczyń widocznych w powierzchni przecięcia szypułki. W razie bardzo krótkiej szypułki a wielkiego obrzęku, znacznie ułatwia zaopatrzenie,

ujęcie jej w silne kleszcze Billrotha (fig. 126, 1) lub Sp. Wellsa (fig. 127) i odcięcie obrzęku przed podwiązaniem.

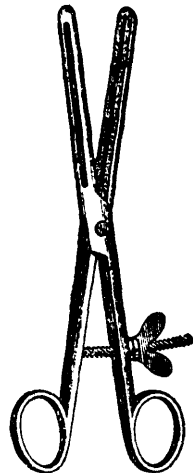
Zamiast nożyczek do przecięcia szypułki, wielu operatorów używa termokauteru, którym powoli całą jej grubość przecinają, przez co się powierzchnia przypala, czyli zwęгла. Jakkolwiek dla przebiegu jest to obojętnem, czy tak, czy owak przetniemy szypułkę, to termokauter jest koniecznym, celem przypalenia brzegów i błony śluzowej trąbki. Po zaopatrzeniu szypułki, i krótkim obcięciu podwiązek, zapuszczamy ją do jamy brzusznej. Po dokonaniu tego, należy odszukać w wiadomy sposób drugi jajnik, i odjąć go w razie gdyby okazywał zwyrodnienie. Tu jednak podnieść należy, że tak

zwane drobnotorbielowe zwyrodnienie, nie powinno tworzyć wskazania, do pozbawiania młodej kobiety i drugiego jajnika.

W czasach gdy zewnątrzotrzewnowemu utwierdzeniu szypułki za pomocą klamry, przypisywano powodzenie operacji, była ta metoda w powszechnem używaniu, gdyż źródła niepowodzenia szukano w sposoczeniu części szypułki, znajdującej się zewnątrz podwiązek. Od czasu jednak gdy Spiegelberg i Waldeyer wykazali, że ta część szypułki wcale nie obumiera jeżeli jest bezgnilną, ograniczono umieszczenie szypułki w ranie chyba do tych tylko przypadków, gdy chcemy osiągnąć prócz owariotomii, jeszcze inny cel, jak np. uleczenie odgięcia lub opadu macicy.

Pośrednim aktem pomiędzy odjęciem torbiela a zeszcyciem rany brzusznej, bywa, w razie potrzeby, wyczyszczenie, czyli „toaleta“ otrzewny, która jest konieczną, gdy treść torbiela, lub krew, dostanie się do jamy brzusznej, czego jednak w największej części przypadków, uniknąć można, chroniąc od tego otrzewną, za pomocą podłożonych chust. Zasadą zatem jest unikanie konieczności „toalety“ ile się tylko da, czystem i oględnem operowaniem. Samo bowiem wycieranie otrzewny i długie manipulowanie, działa stanowczo niekorzystnie, gdyż przez starcie przybłonka, zmniejsza się, zdolność rychłego wessania wydzielin. Do oczyszczenia zatem z treści torbiela, lub ze skrzepów krwi, należy używać miękkich chust, i głównie zwrócić uwagę na zaułki miednicy małej i na zatokę Douglasa, które oczyszczamy chustą owiniętą na długich kleszczykach. Jeżeli zaś wydzielina jest ropną, to samo wycieranie nie wystarczy, lecz należy przepłukać jamę otrzewny ciepłą, destylowaną, wyjałowioną wodą z dodaniem 6<sup>o</sup>/<sub>100</sub> soli kuchennej. W przypadkach, w których treść gelatynowa torbielów dostanie się do otrzewny, lub istnieje jako *Pseudomyxoma peritonaei*, niema co nawet czasu tracić na usunięcie mas, nie dających się nigdy dostatecznie usunąć, tembardziej, że doświadczenie uczy, iż przypadki takie przebiegają pomyślnie.

4. Zeszcycie ścian brzusznych. Aby uniknąć możebnego krwawienia do jamy brzusznej z otworków szwów, najlepiej przed



(Fig. 127).  
Zaciskadło Sp.  
Wellsa.



przystąpieniem do zeszywania ścian, podłożyć chustę pod brzegi rany brzusznej.

Sposoby zeszywania dziś głównie używane są dwa. Pierwszy i dotychczas będący w powszechniejszym używaniu, polega na kombinacji głębokich i płytkich szwów węzełkowych jedwabnych. Szwy głębokie zakładamy przez całą grubość ścian brzusznych i przez otrzewną, wkłuwając je w jeden brzeg, i wykłuwając w drugim, mniej więcej na  $\frac{1}{2}$  cm. oddalenia od rany. Stósownie do grubości ścian, zakładamy te szwy w oddaleniu kilku cm. jeden od drugiego, rozpoczynając od dolnego kąta rany i zawiązując je albo od razu, lub po założeniu wszystkich szwów, wyjmując poprzednio podłożoną gąbkę lub chustę, przed założeniem szwów ostatnich. Im cieńsze są powłoki brzuszne, tem bliżej brzegów należy wkłuwac i wykłuwac, aby uniknac wwnięcia się brzegów rany. Po zawiązaniu tych szwów, zakładamy pomiędzy nimi szwy nie drażące przez całą grubość rany, lecz tylko przez skórę, w takiej ilości, jaka jest potrzebną do ścisłego przylegania brzegów, a do umożliwienia przylegania samych brzegów skórnych, możemy dodać jeszcze całkiem powierzchowny katgutowy szew kuśnierski. Szewem głębokim, przez wielu operatorów ulubionym, jest szew wałeczkowy (*Zapfennaht*), który polega na tem, że igłą podwójnie nawleczoną, z końcami nitki związanymi, w ten sam sposób co poprzednio, przekłuwamy ścianę brzuszna, i w koniec związany nitek wsuwamy wałeczek, skręcony z gazy jodoformowej, a w drugim brzegu rany na takim samym wałeczku oba konce nitek, po odcięciu igły, zawiązujemy. Szew ten jest szczególnie wtedy wskazanym, gdy znacznej wielkości torbiel, był zlepiony z przodkową ścianą brzucha, gdyż wówczas, przez przyciśnięcie nim powierzchni otrzewnowych do siebie, można skutecznie zapobiedz krwawieniu. Również wykluczona jest nim możebność przecięcia nitkami spojonych brzegów, i daje wielką pewność utrzymania szwów, nawet w czasie gwałtownych wymiotów, lub wzdęcia.

Drugi rodzaj szycia, dawniej już podany, następnie zarzucony, a obecnie znowu rozpowszechniony, i niewątpliwie pod względem dokładności spojenia najracjonalniejszy i więcej chroniący od następnej przepukliny brzusznej w bliźnie, polega na osobnem zeszyciu otrzewny, rozciągną mięśni prostych i skóry. Do szycia otrzewny i rozciągną, używamy ciągłe szwu katgutowego. Igłę, długą nitką katgutową nawleczoną, wbijamy w samą otrzewną dolnego kąta rany i spajamy szwem kuśnierskim, całą długość obu brzegów otrze-

wny. Doszedłszy do górnego kąta zwracamy się, spajając w ten sam sposób ścięgniętą warstwę linii białej, a po drodze, i przypadkowo rozciętą pochwę mięśniową, a przy dolnym kącie rany, oba końce nitki ze sobą wiążujemy. Następnie spajamy skórę i tkankę tłuszczową podskórną, szwami węzełkowymi jak poprzednio, a same brzegi skóry szwem kuśnierskim.

Opatrunek, polega na obfitem zasypaniu drobnym proszkiem jodoformowym całego zeszytego miejsca, i otworków szwów, w które dobrze jest palcem proszek jodoformowy wetrzeć. Następnie na całą długość zeszytej rany kładziemy w 8-ro złożoną warstwę gazy jodoformowej, w szerokości 10 cm., którą przytwierdzamy, dobrze lepiającym, plastrem w paskach, lub też tak wielkim kawałkiem plastra, aby całą ranę wraz z gazą jodoformową, hermetycznie zamknął. Wkońcu na cały brzuch kładziemy dość grubą warstwę waty Brunsa, którą za pomocą szerokiego bandaża, z pewnym uciskiem przytwierdzamy. Wielu operatorów, ogranicza użycie tej uciskowej opaski tylko do przypadków, gdy zachodzi obawa sączenia krwi z szerokich rozlepionych powierzchni otrzewny ściennej, lub kiszkiowej, lub gdy po odjęciu dużych torbieli, pozostaje znaczna przestrzeń wolna jamy brzusznej, której należy przeciwdziałać uciskiem, aby w razie wstrząśnięć, w czasie kaszlu lub wymiotów, przeciwdziałać skutecznie zbytecznemu przesuwaniu się i ruchowi narządów.

Owariotomia, w warunkach utrudnionych. Nie uwzględniając tu znacznych utrudnień operacyi, pochodzących od rozległych zlepek i zrostów z ścianami brzuszными, a szczególnie z kiszki, o których już poprzednio była mowa, należą do najtrudniejszych zadań chirurgii brzusznych obrzęków, torbiele, całkowicie podsurowiczo, czyli międzywiązadłowo rozwinięte.

Już po otwarciu jamy brzusznej, poznać można po licznych delikatnych naczyniach powierzchni torbiela, i łatwej przesuwalności ciennej powłoki, że mamy do czynienia z torbielem pokrytym otrzewną. Analogicznie z włókniakami podsurowiczymi, nasuwa się zaraz myśl, że, aby je odjąć, należy przeciąć ich powłokę otrzewnową, i torbiel z niej wyłuszczyć. Tak też postępujemy, lecz z tą wielką różnicą, że ze samej powłoki otrzewnowej, dają się łatwo i gładko wyłuszczyć, tylko owe torbiele przyjajnikowe z czystą treścią (*Hyaline Cysten*), które są o wiele rzadszymi, a wobec o wiele częstszych torbieliw rozplennych gruczołowych i brodawkowych (*Kystomata*), otrzewna, prawie zawsze, w czasie prób odłuszczenia, rozdziera się

w same liczne strzępy; a gdy nawet odłuszczenie w obwodzie jako tako się udaje, to odłuszczenie obrzęków nizko od dna miednicy, i od boku macicy, bywa niekiedy samo przez się bardzo trudnem, a jeszcze w wysokim stopniu utrudnionem, przez, najtrudniejsze do opanowania, krwawienie w głębi miednicy. Dlatego też torbiele podsurowicze należą do tych obrzęków, które najczęściej bywają przyczyną tak zwanych niezupełnych operacyi, w których jeszcze widzimy jedyne wyjście, z bardzo trudnego położenia.

W przypadkach niewielkich torbieli, odłuszczenie ich łatwiej i czyściej wykonać się daje dopóki są pełne, zatem przed opróżnieniem ich, jakkolwiek swobodne dostanie się na ich dolną powierzchnię do małej miednicy, bywa utrudnionem, a w dodatku, w razach często bardzo ścięcających ścian torbieli brodawkowych, niebezpieczne, ze względu na łatwość ich przedarcia.

Zanim przystąpimy do przecięcia otrzewny w największym obwodzie torbiela, należy znaczne powierzchowne naczynia poprzednio podwójnie podwiązać i cięcie otrzewny rozpocząć pomiędzy podwiązkami, poczem, palcami i trzonkiem nożyka, tępo rozpoczynamy odłuszczenie w całym obwodzie, które tem trudniejszem się staje, im więcej się zbliżamy do dna miednicy. Tu też najwięcej rozwinięte naczynia, silnie krwawią i ta okoliczność zmusza często do wyjęcia pętli kiszek, przeszkadzających dokładnemu odsłonięciu pola operacyjnego, na zewnątrz, w którymto przypadku pokrywamy je ciepłymi, wilgotnymi chustami. Wówczas należy starać się krwawienie chwilowo powstrzymać uciskiem miejsc krwawiących za pomocą chusty, aby po odjęciu jej, można dostrzedz miejsca krwawiące, i okłuć je igłą nawleczoną katgutem, co się o wiele łatwiej udaje po opróżnieniu i wyciągnięciu torbiela ku przodowi, którego to sposobu wielu operatorów używa od samego początku operacyi. W przypadku krwawienia z całej powierzchni, można je powstrzymać szwem katgutowym ciągłym, założonym w różnych kierunkach. Postępując w ten sposób krok za krokiem, można wreszcie doprowadzić do zupełnego odłuszczenia torbiela.

Miejsce ogołocone z otrzewny, nawet znacznego rozmiaru, zmniejsza się wprawdzie znacznie już wkrótce po operacyi, najlepiej jednak zmniejszyć je przez ściągnięcie szwami katgutowymi, i zeszycie, ile się da, brzegów otrzewny, po wyrównaniu ich, o ile to zbytecznie nie przedłuży operacyi, szczególnie wobec wywnętrzenia kiszek. Szczególnie wówczas gdy odłuszczenie od boku macicy stwo-

rzyło w niej ranę, należy ją ile możności wyrównać, i spoić ciągłym szwem katgutowym, a pamiętać należy, że obrzęki te niekiedy tak ściśle z macicą bywają związane, że nawet rozeznanie co obrzęk, a co już macica, bywa trudnem. W takim razie, niektórzy operatorowie, wolać wykonać amputację nadpochwową ciała macicy, jak narażać ją na poszarpanie, krwotoki i konieczność spajania rany. Nigdy też tyle nie jest wskazanem drenowanie jamy brzusznej, co w tych przypadkach. Wykonywamy je albo przez dolny koniec rany brzusznej, lub przez otwór tylnego sklepienia, przez który dren (w postaci litery T) wyprowadzamy przez pochwę, poczem nad drenem, lub nad gazą jodoformową, można, sposobem A. Martina, zeszyć otrzewnę.

W korzystny sposób można także użyć worka Mikulicza<sup>1)</sup>, który przyrządza on w następujący sposób: chustę z 20% gazy jodoformowej, do której środka przyszyta jest nitka jedwabna (aby za nią wyciągać worek) wsuwa w miejsce z otrzewny огоłocone, tworząc przez złożenie jej 4-ch końców worek, który wypełnia 2—5 metrami bandaża z gazy jodoformowej, i ten wielki tampon powleka, jeżeli to możebne, odłuszczoną otrzewną, którą wszywa w ranę, lub nie czyni tego gdy to niemożebne, a po 48 godzinach worek ten usuwa, i zastępuje go drenem. Postępowanie to, ma dwie korzyści, mianowicie: powstrzymuje krwawienie z powierzchni огоłoconych, i tworzy rodzaj włosowatego drenu.

W przypadkach, w których odłuszczenie jest niemożebne, pozostaje ograniczyć się do niedokończonego wyluszczenia, polegającego na wszyciu brzegów pozostającego odcinka torbiela, w brzegi rany skórnej, po poprzednim jej zmniejszeniu, szwami od góry założonymi. W tym celu sfałdowany, opróżniony torbiel, odcinamy na wysokości rany brzusznej, a pozostałą część, ujętą okrężnie kilku kleszczykami, przyszywamy podwójnego rodzaju szwem węzełkowym okrężnym do ścian brzusznych. Pierwszym rzędem tych szwów ujmujemy całą grubość ścian brzusznych i torbiela, a drugim rzędem samą skórę łączymy z torbielem, poczem jamę jego wypełniamy gazą jodoformową lub drenujemy, tak jak to zawsze Schröder czynił, przez pochwę. W każdym razie, poleca się, ile możności, przez wyskrobanie wewnętrznej powierzchni gruczołowej, starać się poprzednio znisz-

<sup>1)</sup> *Ueber die Ausschaltung tochter Räume aus der Peritonealhöhle etc.*  
*Arch. f. klin. Chir.* T. 34. str. 635.

czyć tę warstwę, co jest jeszcze o wiele ważniejszym wobec torbiela brodawkowego, w którymto przypadku operacya, ze względu na stałe uleczenie, może być bardzo niedostateczną, gdyż bujanie może trwać dalej, pozostała przetoka brzuszna ciągle bez ustanku wydzielać, a w końcu pojawić się i złośliwe zwyrodnienie w ścianach brzusznych. Często jednak następuje, po dłużej lub krócej trwającej wydzielinie, która łatwo staje się i ropną, zupełny zanik worka i stałe uleczenie, a w innych przypadkach może nastąpić śmierć, skutkiem wyniszczenia i trwającej gorączki. Olshausen postępuje sobie o wiele prościej z pozostałymi częściami torbiela, gdyż pozostawia je w jamie brzusznej.

Leczenie następowe po owariotomii, polega w pierwszych godzinach po operacyi, na uśmierzeniu nudności i wymiotów, które najczęściej stoją w prostym stosunku do ilości użytego chloroformu, przez podawanie kawałeczków lodu do połykania, i kropli laurowych z morfiną, lub kokainą. Przeciw mocniejszym bólom, i w celu zmniejszenia ruchu robaczkowego kiszek, najlepiej działają czopki stolcowe z makowcem.

W razie zapadu, który czasem już w czasie długotrwałych operacyi objawia się bardzo niskim częstym tętnem, zimnymi odnogami i znaczną bladością powłok, najlepiej działają podskórne wstrzykiwania *Aether. sulf.* czystego lub z kamforą, ogrzewania ciała butelkami napełnionymi gorącą wodą, i lewatywy z ciepłego wina.

Pożywienie chorych, aż do 6-go dnia, powinno być wyłącznie płynne i ograniczać się do małych ilości mleka, rosółu, lub winnej polewki, a od 6-go dnia, można podawać jaja na miękko, i potrawki mięsne. Wypróżnienie, także należy 6-go dnia wywołać małą dawką olejku rycynowego i lewatywą.

Opatrunek rany, w razie pomyślnego przebiegu, pozostać może ten sam przez kilka dni, poczem odmienić można gazę jodoformową, a szwy usuwamy dopiero 10 dnia po operacyi. Chora, u której przebieg był całkiem prawidłowy, może w końcu 3-go tygodnia wstawać.

Złe wydarzenia po owariotomii. W krótkce po operacyi, lub znacznie później, mogą wystąpić objawy, świadczące o krwotoku wewnętrznym jako to: bladłość powłok, zimne odnogi, zimny pot, uczucie ziębienia, lęku i bardzo szybkie niskie tętno. Jeżeli opisane przypadki szybko przybierają groźną formę, i nie ustępują pod działaniem środków podniecających, t. j. wstrzykiwań podskórnych eteru, samego lub z kamforą, albo kamfory rozpuszczonej

w olejku migdałowym, to należy bezzwłocznie przystąpić do sprawdzenia krwotoku przez odjęcie 2—3 szwów rany brzusznej, a gdy tego wymaga dojscie do źródła stwierdzonego krwotoku, należy rozpruć ranę na przestrzeni potrzebnej, i po oczyszczeniu jamy brzusznej z krwi, wykonać podwiązanie, lub okłucia miejsce krwawiących.

Zapalenia septycznego otrzewny, można się już obawiać i domyślać, gdy wymioty trwają długo, lub gdy po ustaniu znowu 3-go dnia powracają, a wymiociny stają się zielone i wymiotom towarzyszy znaczna bolesność brzucha, wzdęcie i bardzo szybkie tętno, wobec często niskiej ciepłoty ciała. Prócz wczesnego zapalenia, pochodzącego z zakażenia pierwotnego, wydarza się i późne, około 10—14 dnia, pochodzące najprawdopodobniej z obumarcia podwiązanej części szypułki lub naczyń.

Rokowanie wobec wybitnych objawów, bywa najczęściej zupełnie złem. Pomimo to, wydarzają się przypadki, które się za stracone uważa, a w których przeciw następuje zwrot ku lepszemu, przez otorbienie wypociny, i następne opróżnienie jej przez przebicie się ropnia do kiszki stolcowej, lub pęcherza moczowego. Dlatego też w każdym przypadku, powinno być leczenie energicznem, za pomocą worków z lodem na brzuch i silnych dawek makowca i to najlepiej w czopkach, a przeciw wymiotom jak poprzednio. Przytem należy dbać o jakie takie odżywianie lewatywami. Wobec bardzo znacznego wzdęcia, można niekiedy sprawić znaczną ulgę przez nakłucie kiszki cienkim trójgrańcem. Otwarcie jamy brzusznej w celu usunięcia wypociny, bywa zupełnie bezskuteczne.

Niedrożność jelit (*Occlusio intestini*) może powstać skutkiem zlepów kiszki z miejscami otrzewny ogołoconemi z przybłonka. Przeciw niemu poleca Leopold obfite lewatywy z rumianku i oliwy. W razie nieskuteczności, nie należy długo zwlekać z rozpruciem rany brzusznej, odszukaniem miejsca niedrożności, i usunięciem jej. Tu należy przypomnieć, że porażenie kiszki, może przebiegać wśród objawów podobnych do zniesionej drożności — *Pseudoileus* (str. 363).

Do rzadkich przyczyn śmierci po owariotomii, należy też e, i zator tętnicy płucnej. Tak zwany wstrząs (*Shock*) miewa najczęstszą przyczynę w sprawach zwyrodnienia mięśnia sercowego (patrz str. 362).

Rokowanie o owariotomii i statystyka tej operacyi. W przypadkach łatwych, t. j. wobec obrzęków średniej wielkości, dobrze uszypułkowanych, i bez znacznych zrostów, rokowanie bywa prawie zawsze dobrem, jeżeli postępowanie bezgnilne było bez

zarzutu, w najdrobniejszych szczegółach. W miarę zaś zwiększających się trudności technicznych, wzrasta w prostym stosunku i niebezpieczeństwo. Niebezpieczeństwo pochodzi wprawdzie głównie z zakażenia, którego zawsze można uniknąć, lecz im dłużej trwa operacja, im większe przestrzenie ogałacamy z otrzewny, im więcej narządów brzusznych narażamy na nieodzowne urazy, tem trudniej przychodzi nam teoretyczne i praktyczne ściśle przeprowadzenie postępowania bezgnilnego, a ewentualnie i przeciwnego.

Prócz niebezpieczeństwa pochodzącego z zakażenia, odgrywają wielką rolę w rokowaniu, znaczne utraty krwi, konieczność długotrwałego usypiania chorej, i silne podrażnienie nerwowe, połączone z zabiegami w jamie brzusznej.

Różnorodność tych wpływów, których oznaczenie tak często i na stole sekcyjnym bywa trudnem i niepewnem, obniża też i wartość dat statystycznych, w których nie spotykamy się nawet z ściślejszym podziałem przypadków łatwych i trudnych, a tem mniej ze ścisłym podziałem śmiertelności pochodzącej z zakażenia lub z innych przyczyn. A jest to okoliczność o tyle bardzo ważna, aby wiedzieć jaki procent operowanych ginie bez zakażenia, t. j. pomimo najściślejszej aseptyki.

Statystyka uleczonych przypadków bywa zatem tem lepszą, im się łatwiejsze przypadki do operacji wybiera. Ale i rezultatu klinicznego często nie można uważać za stanowczy, nie wiedząc później nic o losie chorych; a przecie wiadomo, że niektóre postacie torbieli, mianowicie brodawkowych, a szczególnie migawkowo-przybłonkowych, prawie zaliczyć należy do obrzęków złośliwych, po których spodziewać się można recydywy, przerzutów i zwyrodnienia rakowego.

Podług zestawienia Olshausena wielkiej ilości przypadków operowanych przez znakomitych operatorów, okazuje się cyfra uleceń, jak następuje:

Spencer Wells	1000	przyp.	768	uleczeń	= 76·8%
Keith	381	"	340	"	= 89·2%
Koeberlé	307	"	231	"	= 75·5%
Thornton	423	"	383	"	= 90·5%
Tait	405	"	372	"	= 91·8%
Olshausen	293	"	266	"	= 90·7%
Schröder	658	"	575	"	= 87·3%
Suma	3466	"	2935	"	84·68%

Powyższa tabliczka, wykazywałaby zatem procent śmiertelności po owariotomii, 15·32. Jeżeli się przytem uwzględni, że w podanym wykazie wielu operatorów miewało serye uleczeń 20—40 przypadków jeden po drugim, i że nie wielką ilość niepowodzeń można odnosić tylko do zakażenia, to zawsze największa część przypadków śmierci przypada na te trudne operacye, w których przyczyna jej wacha się pomiędzy zakażeniem, a wielorakimi innymi wpływami.

Statystyka powtórzonej owariotomii drugiego jajnika następowo zwyrodniałego, nie jest gorszą od pierwszej owariotomii. Podobnie i wyniki operacyi w czasie ciąży, są dobre, tak ze względu na bezpośredni wynik, jakoteż i ze względu na utrzymanie ciąży.

### Stałe obrzęki jajnikowe. Tumores solidi.

W porównaniu z torbielami, wydarzają się stałe obrzęki jajnikowe rzadko, tak, że przybliżony stósunek wynosi podług Ols-hausena 5%. Anatomicznie, dzielimy je na: 1. nowotwory tkanki łącznej czyli desmoidowe — włókniaki i mięsaki; 2. nowotwory przybłonkowe — raki i 3. nowotwory mieszane.

Obrzęki stałe okazują oprócz tej najważniejszej cechy że najczęściej są jednolite i twarde, jeszcze pewne wspólne im wszystkim właściwości odróżniające je od torbielów, a mianowicie: 1. Kształt posiadają regularniejszy, i wobec znacznej nawet objętości, jeszcze zbliżony do kształtu jajnika, gdyż powstają z jednostajnego zwyrodnienia mięszu. 2. Objętość ich bywa zwykle nieznaczna, gdyż, nie licząc wyjątkowo dużych, nie przechodzą zwykle wielkości głowy. 3. Bywają często obustronne i to najczęściej raki, rzadziej mięsaki. 4. Wobec małej nawet objętości, zwykły wczesnie wywoływać puchlinę brzuszłą (*Ascites*), czem się też tłómaczy rzadkość zlepów z otrzewną, i z narządami sąsiednimi. Przyczyny zaś puchliny, należy szukać — wyjąwszy przerzuty — w mechanicznym drażnieniu otrzewny, gdyż puchlina nie powraca po odjęciu obrzęków. 5. Podobnie jak kształt w przybliżeniu odpowiada jednostajnie powiększonemu jajnikowi, tak i szypułka zazwyczaj w niczem nie narusza prawidłowego stósunku trąbki, i więzu szerokiego do jajnika (Leopold). Wobec bowiem torbiela, blaszki więzu szerokiego przynajmniej w części bywają rozdzielone tak, że trąbka, znaczną częścią swej długości, przylega ściśle do obrzęku, gdy tu szeroka i krótka



szypułka bywa utworzoną przez samą kreskę jajnikową (*Mesovarium*), a trąbka nawet wobec większych obrzęków zachowuje najczęściej prawidłowe położenie, i ruchomość. 6. Brak szypułki, czyli zupełnie podotrzewnowy rozwój tych obrzęków, należy do wyjątków.

### Włókniak jajnika. Fibroma ovarii.

**Przyczyny.** Jako jedyną przyczynę, posądzać możemy przewłoczne stany zapalne jajników. Włókniaki z upodobaniem zdają się pojawiać w wieku wcześniejszym, gdyż Leopold w 13 przypadkach podaje wiek pomiędzy 5 a 30 rokiem, a tylko w 4-ch przypadkach wiek między 30 a 40 rokiem, a stosunek ich częstości w porównaniu z torbielami, podaje Cohn, z owariotomii wykonanych przez Schrödera jak 1:100.

**Anatomia patologiczna.** Włókniaki tworzą obrzęki bardzo twarde, lecz małe, gdyż dosięgają najczęściej wielkości orzecha włoskiego, a rzadko gęsiego jaja. Wyjątkowo wielkie obrzęki, najczęściej okazują budowę mieszaną, z utkaniem mięsakowem (*Fibrosarcoma*) lub śluzakowem (*Fibromyxoma*). Ponieważ zaś powstają z jednostajnego przerostu tkanki łącznej całego jajnika, zatem nie tworzą ściśle od mięszu odgraniczonych i łatwo z niego dających się wyłuszczyć guzków, jak to bywa w włókniakach macicznych, a na przekroju nie okazują budowy ośrodkowej, lecz w rozmaitych kierunkach krzyżujące się włókna. Są one prawie zawsze czystymi włókniakami, a wyjątkowo tylko okazują domieszkę włókien mięsnych. Jeżeli zaś te ostatnie znajdują się obficie, to zawsze usprawiedliwionem jest podejrzenie, że nie pochodzą one z jajnika, lecz że mamy do czynienia z uszypułkowanym włókniakiem macicy, co czasem nawet na zwłokach trudnem bywa do rozeznania, tem bardziej, że włókniak macicy może się zrosć z jajnikiem, i sprawić jego zanik (Schröder). Dlatego też Sp. Wells twierdzi, że większa część włókniaków, uważanych za jajnikowe, są włókniakami macicznymi.

Włókniaki i tu mogą zawierać torbiele wrzekome, lub prawdziwe. Pierwsze powstają z ognisk rozmiękłych rozpadem tłuszczowym; a drugie posiadają własną ścianę, i pochodzą albo z zachowanych w mięszu przerosłych pęcherzyków Graafowych, lub z rozstrzeni przestworów chłonicowych (*Fibroma lymphangiectodes*).

Bardzo wyjątkowo, mogą włókniaki powstawać z zewnętrznej osłony jajnika (*Albuginea*), jako małe, uszypułkowane obrzęki. Rokitański pierwszy opisał włókniaka, który powstał z ciała żółtego i podał jako cechę, że tworzy obrzęk ograniczony, dający się łatwo wyluszczyć z utkania. Klob zaś dodaje, że włókniaki te są pokryte warstwą różowo-żółtą, którą odnosi do błony pęcherzykowej, i że zawierają niekiedy jamkę, wypełnioną barwikiem i cholestearyną, a obecność żelaza świadczy o wybroczynowym pochodzeniu tej jamki.

Zwapnienia wydarzają się często nawet w małych obrzękach. Prócz nich, pojawiają się także zmiany, zbliżone do prawdziwego skostnienia, okazujące sieć beleczek bardzo trudną do przecięcia, utworzoną z komórek, zupełnie przypominających ciała kostne (*sclerosirte Bindegewebsbalken* — Waldeyer).

Do bardzo rzadkich nowotworów należy chrząstniak jajnika (*Enchondroma ovarii*), gdyż znanym jest tylko z 3-ch przypadków, mianowicie dwóch Kwischa i jednego Schrödera, w którym we włókniaku, ważącym 1500 gr., znajdowały się liczne komórki chrzęstne i kostne.

**Objawy i przebieg.** Cechujących objawów zupełnie brak, jeżeli obrzęk jest małym; większe zaś wywołują objawy właściwe obrzękom małej miednicy.

Puchlina, która dość stale i włókniakom towarzyszy, bywa często pierwszym objawem, zwracającym głównie uwagę na istnienie tej przyczyny.

Wzrost bywa bardzo powolnym, a skręcenie szypułki, tylko wyjątkowo się wydarza. Sposoczenie, skutkiem ucisku w czasie porodu, znalazł Rokitański na zwłokach.

**Rozpoznanie.** Odróżnienie od uszypułkowanych włókniaków macicy jest wtenczas możebnem, jeżeli nie znajdujemy jajnika obok wyczuwalnego obrzęku, lub go znajdujemy. Za pochodzeniem obrzęku od jajnika, i za tem że obrzęk jest stałym, bardzo przemawia puchlina brzuszna, jeżeli istnieje, a brak szybkiego powiększania się, brak charłactwa, i jednostronność, przemawiają przeciw mięsakowi i rakowi. Że mamy na pewne do czynienia z włókniakiem, świadczyłyby mogły jedynie, dające się wyczuć zwapnienia.

**Leczenie** polega na odjęciu jajnika z włókniakiem, jeżeli zmusza do tego puchlina brzuszna, a bez względu na budowę obrzęku szybkie wzrastanie.

### Mięsak jajnika. *Sarcoma ovarii*.

**Przyczyny** powstawania są całkiem nieznanne, a co do pojawiania się to powiedzieć możemy, że bywa nowotworem dość rzadkim, i występuje częściej w wieku młodym, a nawet u dzieci.

**Anatomia patologiczna.** Mięsak jajnika, tworzy obrzęk, zachowujący kształt jajnika. dochodzący najczęściej wielkości małej głowy i znacznie większej, a w kombinacji z torbielami. może tworzyć obrzęki nawet kolosalnych rozmiarów.

Bywają one złożone prawie zawsze tylko z komórek wrzecionowatych (*Spindelzellensarcom*). W dużych obrzękach, można wprawdzie znaleźć i miejsca złożone z komórek okrągłych. lecz obrzęki czysto okrągłokomórkowe (*Rundzellensarcom*), należą do największych rzadkości. Obrzęki te, okazują często budowę w rozmaity sposób złożoną; bardzo znaczny rozwój naczyń może im nadać wejście budowy jamistej; bujające wśród utkania mięsakowego. pęcherzyki Graafowe, mogą tworzyć torbiele, lub też zwyrodnienie, pochodzące od pęcherzyków, występuje jako mięsak gruczołowy (*Adenosacroma*); wkońcu mogą się znajdować i komórki rakowe (*Sacroma carcinomatosum*), tak, że czasem ścisłe oznaczenie cech anatomicznych bywa i na preparacie trudnem.

Do najczęstszych zmian następowych, należy stłuszczenie częściowe, które się kończy utworzeniem jamy, wielkości od orzecha do małej pięści (*Erweichungscyste*) wypełnionej mętną, tłustą treścią.

Zakrzepy (*Thrombus*) w rozszerzonych żyłach, bywają niekiedy przyczyną zatoru tętnicy płucnej, lub krwotoków w samym obrzęku, z następowem martwieniem, przedarciem i z zapaleniem otrzewny.

Przerzuty, rzadko towarzyszące mięsakom, wydzierają się względnie najczęściej wobec mięsaków gruczołowych (Klebs) i obustronnych (Leopold). Naczynia i gruczoły limfatyczne prawie nigdy nie okazują przerzutów, a najczęstszą ich siedzibą bywają: żołądek, kiszki, otrzewna i opłucna.

**Objawy i przebieg.** Do najwcześniejszych objawów zaliczamy brak miesiączkowania, a następnie puchlinę brzuszną, z wyraźnym upadkiem stanu ogólnego.

Złośliwość mięsaka jajnika, o wiele jest mniejszą niż raka, a Olshausen idzie tak daleko, że uważa ją za mniejszą niż złośliwość torbielów brodawkowych. W trwaniu choroby zachodzi wielka różnorodność, na co wpływa szybkość wzrostu, różnice utkania

i istnienie lub brak przerzutów. Stąd też pochodzi, że w jednym przypadku, choroba może zakończyć się śmiercią w przeciągu kilku miesięcy, gdy w innym trwać może lata całe, a w ściśle udowodnionym przypadku Olshausena, miała trwać lat 9. Na nagły wzrost może wpłynąć ciąża, jeżeli wyjątkowo nastąpi, jak w przypadku Münchmeyera<sup>1)</sup>.

Śmierć następuje z wyniszczenia, z dołączających się chorób przypadkowych, z przerzutów, lub nagle z zatoru tętnicy płucnej.

**Rozpoznanie.** Wobec obrzęku np. wielkości pięści, jednego lub obu jajników, o powierzchni gładkiej, zatem nieguzowatej, któremu towarzyszy puchlina brzuszna i objawy nieznacznego charakteru, lub brak ich, możemy z wielkim prawdopodobieństwem wykluczyć raka. Przeciw włókniakowi, przemawia wielkość, szybkie wzrastanie i w danym razie obustronność, a przeciw torbielom zbitości i, z prawdopodobieństwem, puchlina brzuszna.

**Rokowanie.** Jakkolwiek sama przyroda tego nowotworu w innych organach nakazuje prawie bezwzględnie źle rokować, to w mięsaku jajnika bywa rokowanie tylko wątpliwem, jeżeli niema przerzutów, gdyż uleczenie, za pomocą doszczętnego odjęcia zwyrodniałego jajnika, bywa często zupełnem i trwałem. Mięsak może bowiem być tak ściśle ograniczonem cierpieniem, że i recydywa rzadziej następuje. Nie należy jednak zapominać o tem, że może ona nastąpić i wobec warunków pozornie najlepszych.

**Leczenie** polega na doszczętnem usunięciu zwyrodnienia przez operację, która jest przeciwwskazaną tylko w razie przerzutów. Wówczas należy się ograniczyć do leczenia łagodzącego, mianowicie do opróżniania jamy brzusznej z treści za pomocą nakłucia, aby usuwać dolegliwości, pochodzące z nadmiernie nagromadzonego płynu.

#### **Rak jajnika. Carcimona ovarii.**

**Przyczyny.** W pierwotnie zdrowym jajniku, pojawia się rak rzadko, gdy dość często przyłącza się do innych nowotworów, a szczególnie do torbielów. Występuje, często i w bardzo młodym wieku, mianowicie w okresie rozwoju płciowego, lub wkrótce potem, a nawet u dzieci 8 i 11 letnich (Olshausen). Druga najwyższa cyfra częstości, przypada na wiek wyżej lat 50-ciu.

<sup>1)</sup> *Centralbl. f. Gyn.* 1890. str. 186.

**Anatomia patologiczna.** Zwyrrodnienie rakowe, które w połowie przypadków bywa obustronnem, rzadko rozpoczyna się od pojedynczych ognisk, lecz najczęściej jako jednostajnie, na cały miąższ jajnika rozlany naciek rakowy.

Najczęstszą postacią anatomiczną, bywa rak miękki czyli rdzeniowaty (*Carcinoma medullare*), który tworzy obrzęk dochodzący wielkości głowy, guzowaty, barwy białawo-sinej, z zachowaniem przybliżonego kształtu jajnika.

Rak twardy (*Scirrhus*) forma rzadsza, miewa kształt więcej walcowaty, powierzchnię gładką i dochodzi zazwyczaj wielkości pięści (Klebs).

Rak występuje także, jako brodawkowate, bardzo obficie rozgałęzione bujanie (obrzęk kalafiorowaty) z powierzchni jajnika. Bujanie to może być pierwotnie dobrotliwe, lecz cechuje się pobudzeniem otrzewny do podobnych bujań, znaczną wydzieliną surowiczą i rychłą złośliwością. W takich przypadkach, należy jednak ściśle rozróżnić przez badanie anatomiczne, czy nie mamy do czynienia z bujaniem brodawkowatych torbieli, które także często przechodzą w bujanie rakowe.

**Objawy i przebieg.** Objawy raka jajnikowego rozwijają się albo nieznacznie, tak, że co do przyrody wyczuwalnego obrzęku zachodzą wątpliwości, lub też z szybkością właściwą obrzękom złośliwym, t. j. szybkim wzrastaniem, znaczną puchliną brzuszną, objawami podrażnienia i ograniczonych zapaleń otrzewny, szybkim schudnieniem, brakiem apetytu, charłactwem i przerzutami, tak, że zejście śmiertelne może nastąpić w kilka miesięcy po pierwszych objawach.

Brak regularności i tu bywa pierwszym objawem. Bóle, często w samym obrzęku a częściej w sąsiedztwie, pochodzą od podrażnienia otrzewny. Stan ogólny, przez dłuższy czas, może być zadawalającym, lecz cały obraz szybko się zmienia, gdy przyłączy się puchlina brzuszna, która wobec raka, dosięga wielkich rozmiarów, a przesączyna surowicza bywa często krwawo zabarwioną. Dość wczesnie zwykł się pojawiać i obrzęk odnóg dolnych, z początku tylko jednej, co odnieść należy do ucisku, wywieranego na żyły tak przez sam obrzęk, jak i przez zwyrodniałe gruczoły lędźwiowe.

Szerzenie się na narządy sąsiednie i na tkankę łączną, następuje wczesnie przez szypułkę, szczególnie wobec tej formy, która powstaje z ograniczonych guzków w jajniku (Schroder).

Przerzuty, bywają najczęstsze w otrzewny, gruczołach lędźwiowych, następnie w żołądku, kiszkaach i w wątrobie.

Zejście bywa zawsze śmiertelne, najczęściej z ogólnego wycieńczenia (*Marasmus*), jeżeli zapalenia otrzewny, zator tętnicy płucnej, i t. d., nie przyspieszą końca.

**Rozpoznanie.** Jeżeli znajdujemy obrzęk, pochodzący od jajnika, lub co ważniejsze od obu jajników, o powierzchni guzkowatej, u osoby młodej, lub wyżej lat 50-ciu, to budzi już podejrzenie nowotworu złośliwego, nawet w przypadkach gdy jeszcze brak widocznego charłactwa.

Najczęściej jednak chore dopiero wtedy szukają rady, gdy istnieje już znaczny stopień puchlina brzuszna, tak, że dokładne badanie możebnem jest dopiero po opróżnieniu jamy brzusznej przez nakłucie, lub w razie wyraźnie wyczuwalnego balotującego w płynie guza, przez cięcie próbne.

We wcześniejszych okresach, możemy jeszcze badaniem oburęcznym, odosobnić narządy małej miednicy. W późniejszym zaś okresie, obrzęki i macica stają się nieruchome, przez szerzenie się zwyrodnienia, tak, że zarysy pojedynczych narządów zupełnie się zacierają. Nacieki wyczuwalne przez sklepienia pochwy, lub w sklepieniach i obrzmienie gruczołów lędźwiowych, wymacalne przez wiotkie powłoki brzuszne (po opróżnieniu płynu), świadczą o raku, w tych jednak warunkach, co do jego źródła, pozostają wątpliwości. Również za rakiem, przemawiają dające się niekiedy wykazać masy, wypełniające zatokę Douglasa, które dają się palcem rozgniatać. (Sch r ö d e r).

**Rokowanie** prawie zawsze bywa bezwzględnie złem, gdyż i w przypadkach doszczętnego usunięcia obrzęku, następują recydywy, lub też chore umierają w skutek operacji. Sch ne i d e r <sup>1)</sup> wykazuje, że z 22 operowanych zmarło 16 na skutki operacji, 5 na recydywę, a jedna miała być stale uleczoną.

**Leczenie** polega jedynie na odjęciu zwyrodniałych jajników przez cięcie brzuszne. Zupelne przeciwwskazanie stanowi nieruchomość obrzęku lub macicy, lub dające się wysledzić nacieki w tkance łącznej i gruczołach lędźwiowych, gdyż w takich warunkach, wszelki zabieg przyspiesza tylko zejście śmiertelne.

<sup>1)</sup> *Zur Kosnistik der operablen ovarial Carcinome, Inaug. Diss, Marburg 1891.*

Lecz i w pozornie najkorzystniejszych warunkach, wydarzają się niespodzianki po otwarciu jamy brzusznej, jak: przerzuty na kiszki, żołądku, otrzewny, sieci, pęcherzu moczowym, i t. d. Wtenczas, jeżeli przerzuty ograniczają się tylko do otrzewny ściennej, i jest ich tylko kilka, to można je usunąć przez wycięcie i zeszywanie ranek. Schröder wyciął guzek rakowy, nawet ze ściany pęcherza.

Leczenie łagodzące jest takie samo jak w przypadkach mięsaka jajników, w których już zapóźno na doszczętną operację.



## ROZDZIAŁ ÓSMY.

---

# Choroby więzadeł macicznych, otrzewny, i tkanki łącznej miednicowej.

---

### Choroby okrągłych więzadeł macicy.

Więzadła okrągłe (*Lig. rotunda uteri*), będące przedłużeniem mięsnego utkania macicy, biorą udział w fizjologicznych i chorobowych zmianach jej mięszu.

Brak więzadeł okrągłych wydarza się wobec braku macicy. Wrodzona krótkość jednego więzadła, wydarza się dość często, i bywa przyczyną ukośnego położenia macicy, czyli stałego zbaczania jej dna ku stronie krótszego więzadła, co może być i skutkiem zbyt niskiego uczepienia się więzu na macicy (Bandl).

Przerost więzów okrągłych, jako sprawa fizjologiczna, stale towarzyszy ciąży, i dlatego na macicy, w końcowych miesiącach ciąży, można wy badać więzy okrągłe jako postronkowate ciała, przebiegające po jej przodkowej, bocznej powierzchni. Podobnie można je niekiedy wy badać i na patologicznie, szczególnie włókniakami śródmięszowymi, powiększonej macicy, a objaw ten dowodzi wówczas, że włókniak rozwija się nie na macicy, lecz w jej ścianach.

Zanik i stłuszczenie więzów okrągłych, towarzyszy tym samym zmianom utkania mięszu macicy, i wówczas mogą więzy być tak ubogie w włókna mięsne, że wyszukanie ich w pachwinach, celem skrócenia ich (patrz. str. 268), czasem się nie udaje.



Żylaki więzów okrągłych pojawiają się czasem w pachwinach jako małe obrzęki, mogące uchodzić za przepukliny. Tego rodzaju obrzęki opisał już Aetius z Amidy (około r. 550 po Chr.) pod nazwą *Hernia varicosa mulierum*, u kobiet ciężarnych, a Boivin i Dugés, podają w swoim atlasie, podług Cloqueta odrysowany, obrzęk taki, pod nazwą *Varicocèle des cordons suspubiens*. O podobnych przypadkach wspominają także Cruveilhier i Teale.

Zapalenie więzów okrągłych, mianowicie samoistne, t. zn. niezależne od zapaleń macicy, opisuje Rau<sup>1)</sup>, a Scanzoni podaje przypadki, w których oględziny zwłok wykazały szerzenie się połogowych zapalnych spraw, na więzy okrągłe, i udziałowi, jaki więzy okrągłe biorą w przewłocznem zapaleniu macicy, przypisuje bóle pojawiające się w pachwinach.

Jednostronny, toniczny skurecz więzu okrągłego, połączony z gwałtownymi bólami w pachwinie i zbaczaniem części pochwowej macicy ku stronie przeciwnej, cytuje Scanzoni jako jedyny przypadek, spostrzegany w klinice Tumbdzkiej i opisany w r. 1895 przez Delmanzo'a.

### Wodniak więzu okrągłego. Hydrocele ligamenti rotundi.

Co przez tę nazwę rozumiemy, i w jaki sposób to zboczenie powstaje, opisaliśmy pod nazwą wodniaka niewieściego na str. 61 tej książki, i ze względów li tylko praktycznych, zaliczyliśmy go do chorób części płciowych zewnętrznych. Tu uzupełnimy zatem wiadomości tam podane.

Nagromadzenie się cieczy surowiczej, nie tylko jest możebne w pochwowej wypustce otrzewny (*Processus vaginalis peritonaei*) lecz i w samem więzadle, tak, że ciągłość jego może być torbielem przerwana. Stan taki daje się wyłomaczyć zapatrywaniem Webera na powstaniu więzu okrągłego, gdyż *Gubernaculum Hunteri*, czyli przyszyły więz okrągły, ma być podług niego próżnym, włóknami mięsnymi otoczonym woreczkiem, który może niezupełnie się zamienić w nawskróś stały postronkowaty narząd i zawierać wrodzone jamki.

Wodniak więzu okrągłego poczyna się tworzyć już w młodym, a rzadko w późniejszym wieku, występuje on w pachwinie jako obrzęk wielkości gołębiego jaja, i przez lata całe, lub ciągle, może pozostać w jednakiej wielkości, nie sprawiając żadnych dolegliwości. Jeżeli pochwowa wypustka otrzewny nie jest zarośniętą, to obrzęk daje się łatwo odprowadzić, czyli opróżnić z treści, do jamy brzusznej, co

<sup>1)</sup> *Zur Kenntniss der runden Mutterbänder. Neue Zeitschr. f. Geburtshk.*  
T. 28. 3. 1850.

w dalszym przebiegu może się stać niemożliwym, a przez wzrastanie i opuszczanie się w wargę wielką, może obrzęk wodniakowy dosięgnąć aż do jej dolnej części.

Skutkiem ugniotu, i innych urazów, może nastąpić zapalenie ścian, i zropienie treści wodniaka, przyczem obrzęk w krótkim czasie wzrasta do znacznych rozmiarów, staje się bolesnym, a skóra na nim się zaczerwienia. Wówczas też rozróżnienie wodniaka od uwięźniętej przepukliny pachwinowej może być trudnem, i to tem więcej, gdy zropiała treść wodniaka zawiera gazy i okazuje wybitny odgłos bębenny, jak to miało miejsce w jednym z 3-ch przypadków O. Chiari'ego<sup>1</sup>).

Rozpoznanie i leczenie wodniaka opisaliśmy na str. 61.

### Nowotwory więzów okrągłego.

Więzy okrągłe bardzo rzadko bywają siedzibą nowotworów, i to pochodzących z tkanki łącznej i mięsnej, zatem włókniaków, mięśniowłókniaków i mięsaków.

Przypadków ściśle udowodnionego pochodzenia od więzów okrągłego, zestawił Sängner<sup>2</sup>) do roku 1883-go tylko 12.

**Przyczyny.** O wybitniejszych przyczynach, prawie nie więcej nad to nie wiemy, że żadna z chorych nie była bezdzielną, czyli, że ciąża może ma pewien wpływ. Wiąz okrągły prawy, okazuje wybitną przewagę w schorzeniu.

**Anatomia patologiczna.** Według tego, na której części więzów pojawiają się włókniaki, rozróżniamy: 1. Obrzęki umieszczone wśród jamy małej miednicy, czyli na części więzów okrągłego począwszy od rogu macicy, do wewnętrznej obrączki pachwinowej. 2. Obrzęki śródpachwinowe, czyli umieszczone w przebiegu samego kanału pachwinowego i 3. Obrzęki zewnętrzne, rozwijające się w ścianie brzusznej, w tkance łącznej wzgórnka łonowego, i w wardze sromowej większej (patrz; włókniak sromu str. 68). Do najczęstszych zaliczamy dwa ostatnie rodzaje.

Wielkość tych włókniaków bywa od bobu lub migdała, aż do obręzków ważących 12 klg., a mających obwód 72 cm. (Leopold<sup>3</sup>).

<sup>1</sup>) *Ueber Entzündung der weibl. Hydrocele. Wien. med. Blätter* 1879. —

<sup>2</sup>) *Arch. f. Gyn.* T. XXI. str. 279. — <sup>3</sup>) *Arch. f. Gyn.* T. XVI.

**Objawy i przebieg.** Małe, śródmiednicowe włókniaki, mogą nie sprawiać żadnych dolegliwości; wielkie zaś, zawsze podsurowicze, czyli międzywładłowe, wywołują objawy właściwe obrzłkom małej miednicy.

Dla obrzłków w pachwinowej części więzu umieszczonych, cechującym jest: ich jednostronność, pojawienie się i powolne wzrastanie w kierunku kanału pachwinowego, lub w miejscu uczepienia się więzu do wzgórka łonowego (*Mons Veneris*), lub w górnej części większej wargi sromowej.

Obrzęki te, dopóki są małe, nie sprawiają wybitnych objawów, lecz mogą w czasie miesiączkowania znacznie obrzmiewać, a pod wpływem urazów, stać się bolesnymi i przejść w zapalenie i zropienie.

Wzrost ich, bywa zwykle powolny, tak, że znany jest tylko jedyny przypadek Klein w ä c h t e r a <sup>1)</sup> (włókniaka śródmiednicowego), w którym obrzék w przeciągu roku, osiągnął 55 cm. obwodu.

**Rozpoznanie.** Rzadkość obrzłków, pochodzących od więzu okrągłego, jest przyczyną, że się o nich przy rozpoznaniu nie myśli. a wobec obrzłków szczególnie wielkich, umieszczonych na miednicowej części więzu okrągłego, odróżnienie ich od włókniaka macicy, lub od stałego obrzku jajnika, bywa zwykle niemożliwe. Winckel sili się na podanie dla nich tej cechy, że są ruchome i leżą pomiędzy macicą a pęcherzem moczowym, lecz tak samo zachować się mogą włókniaki podotrzewnowe przodkowej ściany macicy, i obrzęki jajników. Dlatego też w 12-tu przez S ä n g e r a <sup>2)</sup> zestawionych przypadkach udało się raz jedyny, i to samemu S ä n g e r o w i, właściwie rozpoznanie przed operacją.

Obrzęki, umieszczone w kanale pachwinowym mieszano zawsze z przepukliną tłuszczową (*Hernia adiposa*), lub z sieciową (*H. omentalis*), która to pomyłka bywa jeszcze łatwiejszą w tych przypadkach, w których obrzék daje się odprowadzić przez otwarty kanał pachwinowy (Vernœuil <sup>3)</sup>). Jeżeli jednak uwzględnimy te dwie cechy, że włókniaki okazują o wiele znaczniejszą zbitość, i że kaszlanie i parcie nie wywiera takiego wpływu na nich jak na przepukliny, to odróżnienie ich od tych ostatnich nie bywa trudnem.

<sup>1)</sup> *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.* T. VIII. — <sup>2)</sup> l. c. str. 567. — <sup>3)</sup> Duplay *Arch. gén. de Méd.* 1882.

Małe obrzęki wielkości i kształtu jajnika, można tem łatwiej pomieszać z przepukliną jajnikową, że one w czasie regularności obrzmiewają i stają się bolesne.

Większe, lub wielkie obrzęki pachwinowe, mieszano zawsze ze zwyrodnieniem gruczołów.

Aby zatem udało się właściwe rozpoznanie, należy zawsze myśleć o pochodzeniu obrzęków od więzadła okrągłego, gdy są usadowione w ścianach brzusznych, i pochodzą od okolicy pachwinowej, lub w samym kanale pachwinowym, lub w miejscu uciepienia się więzła okrągłego do wzgórka łonowego, albo też w większej wardze sromowej.

**Rokowanie** o obrzękach śródmiednicowych, schodzi się zupełnie z rokowaniem o stałych obrzękach małej miednicy, podsurowiczio się rozwijających. Obrzęki śródpachwinowe, narażone na szkodliwości zewnętrzne, mogą torbielowo lub mięsakowo zwyrodnąć, jak tego dowodzą przypadki Leopolda i Sängera.

**Leczenie** polega zatem na odjęciu nawet jeszcze małych obrzęków pachwinowych lub wargowych. Co do obrzęków śródmiednicowych, to wskazania lecznicze zawisły od dolegliwości, jakie wielkie obrzęki sprawiają, i są wspólne z obrzękami małej miednicy w ogóle.

## Zapalenia otrzewny i tkanki łącznej miednicowej.

### Zapalenie otrzewny miednicowej. Pelviperitonitis. Perimetritis.

**Uwagi wstępne.** Jeżeli sobie wyobrazimy małą miednicę, nie zawierającą macicy, wysłaną otrzewną, która z odbytnicy przechodzi wprost na pęcherz moczowy, a macię z trąbkami i jajnikami, pomiędzy te dwa narządy wsuniętą od spodu, to jej dno podniesie otrzewnę w fałd, którego środek przykryje ciało macicy, a szerokie boki tego fałdu (zawierającego w górnej swej krawędzi trąbki maciczne, a przed niemi i poniżej nich więzadła okrągłe macicy, i więzadła jajnikowe z częścią jajników), utworzą szerokie więzadła macicy (*Ligamenta lata*), które od góry ku dołowi okazują nieco rozbieżny kierunek blaszek, i przechodzą ze wszystkich stron w ścienną otrzewnę miednicy.

Otrzewna, pokrywająca macię, tylko z jej ciałem pozostaje w ścisłym związku, tak, że się od niego nie da w całości odpreparować. Poczawszy zaś z przodu od okolicy ujścia wewnętrznego macicy, a z tyłu o parę mm. wyżej, połączenie jej z częścią nadpochwową szyi macicznej jest tak wiotkiem, że całą szyję maciczną można uważać jako wolną od osłony otrzewnowej. Wiotko połączona z swą podstawą, schodzi otrzewna z tyłu aż prawie do połowy pochwy, i stąd zagina się na odbytnicę, tworząc w ten sposób zatokę Douglasa. Z przodu zaś, zagina się znacznie wyżej, jako osłona pęcherza moczowego.

Na samych bocznych krawędziach macicy, obie blaszki więzów szerokiego, z powodu ich rozbieżności, nie przylegające ściśle do siebie, pozostawiają wolny trójkątny przestwór, w którego szczycie leży trąbka, a resztę wypełnia tkanka łączna, pokrywająca naczynia i nerwy zdążające do macicy.

Podobnie i więzy okrągłe pokryte są całkiem wiotko więzom szerokim tylko z góry, a dolna ich część otoczona jest wiotką tkanką łączną.

Przestwór małej miednicy, znajdujący się ponad jej otrzewną, nazywamy jamą otrzewnową miednicy, *Cavum pelvis peritoneale*, a samą otrzewną małej miednicy nazywamy *Perimetrium*, jakkolwiek nazwa ta. powinna się odnosić tylko do części otrzewny, pokrywającej macię. Wszystkie przestwory jamy otrzewnowej miednicy, nie zajęte przez pęcherz, odbytnicę, macię, i jej części dodatkowe, wypełniają pętle jelit, które, przy prawidłowem położeniu macicy, nigdy się nie znajdują w zatoce maciczo-pęcherzowej. Jelita zatem odgrywają rolę narządu, wypełniającego próżnię, i ustępują z jamy małej miednicy, w miarę tego, jak którykolwiek z jej narządów tak się powiększy, że je wypycha ku górze.

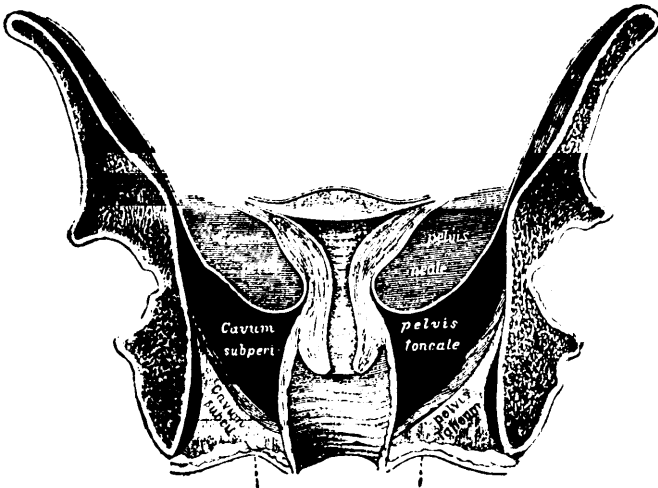


Fig. 128.

Przecięcie poprzeczne miednicy kobiecej podług Luschki.

Pomiędzy otrzewną, a górną powierzchnią mięśnia *levator ani* (który tworzy przepoń miednicową, *Diaphragma pelvis*), znajduje się przestwór, czyli jama miednicy podotrzewnowa, *Cavum pelvis subperitoneale v. Parametrium* (Fig. 128), o którym to przestworze będzie mowa na wstępie do rozdziału o zapaleniu tkanki łącznej miednicowej. Tu zaś wypada jeszcze dodać, że macica prócz więzów okrągłych, i jajnikowych, będących przedłużeniem jej utkania mięsnego, wysyła pod otrzewną, pomiędzy blaszki więzów szerokiego i ku pęcherzowi, jakoteż ku odbytnicy, włókna mięsne, przechodzące w warstwę mięsną dwóch ostatnich narządów. W fałdach Douglasa, włókna te, zbierają się w znaczniejsze pęczki, noszące nazwę *Retractores uteri* (patrz str. 239).

**Przyczyny.** Najczęstszą przyczyną zapaleń otrzewny miednicowej, bywają zapalenia narządów które ona pokrywa. a z tych przede wszystkim podnieść należy zapalenia trąbek, które odgrywają jako przyczyny tak znaczną rolę, że niektórzy autorowie, jak np. Pozzi przeczą istnieniu zapalenia otrzewny, jako choroby samoistnej, i opisują ją jako zapalenie trąbkowo-otrzewnowe, *Perimetro-Salpingitis*.

Trąbka, jako pośrednie ogniwo pomiędzy otrzewną a jamą macicy, jest tą naturalną drogą, którą bodźce zapalne, z błony śluzowej jamy macicy, dostają się na otrzewną. Podobnie zatem jak zapalenia trąbek najczęściej bywają sprawą rozszerzoną z błony śluzowej macicy, tak też i w zapaleniach otrzewny te same sprawy główną odgrywają rolę.

Jak tam, tak i tu głównymi przyczynami są: sprawy połogowe, czy to po porodzie, czy też po poronieniu, i zarażenie rzeżączkowe. Jako bezpośrednie przyczyny występują tu zatem drobnoustroje, mianowicie *Streptococcus pyogenes* i *Staphylococcus pyogenes aureus*. a jako przyczyna zarażenia rzeżączkowego, *Gonococcus Neisseri*. Najwybitniejsze też formy zapaleń, a mianowicie te. z których skutkami najczęściej mamy do czynienia. pochodzą z połogu, lub rzeżączki.

Te same drobnoustroje mogą jednak, bez połogu i bez spółkowania, być zaszczeplone przez nasze manipulacje rozpoznawcze i lecznicze, jeżeli zaniedbujemy przy nich postępowania bezgnilnego i przeciwnigilnego. Dlatego też zapalenia otrzewny często się datują od sondowania, rozszerzania szyi macicznej, rozcięcia jej, wyskrobywania błony śluzowej i t. d. i do dziś dnia jeszcze, często się wydarza, że lekarz, celem usunięcia małego cierpienia. może, przez zaniedbanie ostrożności, nabawić chorą ciężkiego zapalenia otrzewny, którego skutki przez całe życie trwać mogą. Z wyż wymienionych przyczyn, powstają tak zwane zakaźne, czyli szerzące się, złośliwe zapalenia, których końcowym rezultatem bywają rozległe wypociny, zlepy i zropienia.

Czy łżejsze, a tak częste formy zapaleń otrzewny, mianowicie ograniczone, nie szerzące się, których końcowym rezultatem są tylko zlepienia powierzchni zapaleniem zajętych, czyli tak zwane zapalenia zleplne (*Peritonitis adhaesiva*) należy przypisać jakościowo, lub ilościowo słabszemu działaniu wspomnianych drobnoustrojów, czy drobnoustrojom mniej złośliwym, których nie znamy, czy też należy przyjąć, że te lekkie ograniczone formy zapaleń powstają bez żadnego

udziału drobnoustrojów, oto są pytania, na które dziś jeszcze nie mamy dostatecznej odpowiedzi. To tylko pewne, że z taką wielką skalą zmian, z jaką się spotykamy w przebiegu i końcowym rezultacie zapaleń otrzewnowych, nie spotykamy się prawie na żadnym innym narządzie. Dlatego też ze względu na widoczne przynajmniej przyczyny, usprawiedliwionym jest podział zapaleń otrzewny miednicowej na dobrotliwe czyli niezakaźne, i na złośliwe, pochodzące z zadziałania wyżej wymienionych drobnoustrojów.

Na zwłokach kobiet, znajdujemy tak często zmiany po zapaleniach otrzewny pozostałe (podług Winckla w 33% zwłok, a podług Bandla w 58·4% zwłok kobiet, które rodziły), że przypuszczać musimy, iż dużo ograniczonych, dobrotliwych zapaleń, przebiega bez sprawiania wybitnych objawów.

W pośrodku pomiędzy zapaleniem zakaźnym a dobrotliwym, postawić można przypadki zapalenia, powstałe z dostania się drażniących cieczy do jamy otrzewny. Takimi mogą być: treść torbieli jajnikowych, która występując częściowo z jamy torbiela, może być przyczyną jego zrostów z otoczeniem, lub nagle opróżniona do jamy brzusznej, może być przyczyną ogólnego, nawet śmiertelnego zapalenia otrzewny: krew wynaczyniona skutkiem krwotoku z pęcherzyka Graafowego, lub skutkiem pęknięcia krwisteku trąbkowego, lub trąbki ciężą trąbkową rozdętej, także nieobojętną bywa dla otrzewny, o czym świadczą gwałtowne przypadki zapalenia (jeżeli chora w krwotoku nie zginie), i rychłe wytworzenie się otorbienia, do którego w późniejszym przebiegu przystąpić może i ropienie.

Duże guzy nowotworowe macicy i jajników, lub mniejsze, lecz uwięzione w małej miednicy, mianowicie torbiele jajnikowe i włókniaki, mogą samem mechanicznem drażnieniem pobudzić otrzewną do zapaleń i powstania zlepow, z którymi tak często spotykamy się wobec wymienionych nowotworów, a w rozdziale o raku macicy, podnieśliśmy tę okoliczność, że gdziekolwiek bujanie rakowe zbliża się do otrzewny, tam ona zlepnem zapaleniem chroni się od sterzenia nowotworu w jej jamę.

W ostrych i przewłocznych zapaleniach mięszu macicy, bierze w mniejszym lub większym stopniu udział i jej powłoka otrzewnowa, stosownie do przyczyny, która zapalenie wywołała. Jeżeli przyczyna ta była septyczną, to wówczas w całym obrazie chorobowym przeważa schorzenie otrzewny.

Nieodłącznym, lecz także w różnym stopniu, bywa zapalenie otrzewny, od zapalenia tkanki łącznej podotrzewnowej, a nie w takim stopniu bywa stosunek odwrotny. W wielu też przypadkach, szczególnie przyrody zakaźnej, mamy do czynienia z obiema temi bliźniaczami chorobami, a przewaga jednej lub drugiej, rozstrzyga, i to nie zawsze, o tej, o którą głównie się rozchodzi.

Zmianom położenia macicy, mianowicie odgięciu, nierzadko także towarzyszy zlepne zapalenie otrzewny, które położenie to czyni ustalonym, czyli nieruchomem. Jeżeli zmiany te dadzą się odnieść do przebytego zapalenia, przebiegającego z wybitnymi objawami, to tłómaczenie ich jest łatwem. Jeżeli zaś tak nie jest, to powstanie zlepnego zapalenia w tych przypadkach tłómaczymy sobie zastoiną żylną, (wywołaną samą zmianą położenia) i zmianami żywotności przybłonka, tak, że powierzchnie z niego ogołocone, zlepiają się ze sobą. Podobnie rzecz się ma z obniżonym i ustalonym w zatoce Douglasa jajnikiem.

Do przyczyn mechanicznie działających, zaliczyć należy przypadki zapaleń, występujących skutkiem trwałego ucisku, wywieranego przez niewłaściwe, lub niewłaściwie działające krążki pochwowe.

Wszystkie przyczyny, wywołujące nawał krwi do małej miednicy, a szczególnie zwiększające nawał miesięczkowy, posadzamy o to, że są w stanie wywołać zapalenie otrzewny. Gdyby samo nadużycie spółkowania miało tu mieć wpływ wybitny, musiałyby prostytutki najczęściej zapadać na zapalenia otrzewny. Temu się też nie da zaprzeczyć, że ta częstość istnieje, lecz o wiele łatwiej i prawdziwiej da się ona odnieść do zarażenia rzeżączkowego, podobnie jak i bezpłodność tych kobiet.

Z szeregu przyczyn, które również odruchowo wywołać mogą przekrwienie i zapalenie, nie możemy wykluczyć i zaziębnienia. Cokolwiekby się bowiem przeciw niemu przytoczyło, to przyznać musimy, że w wielu przypadkach związek przyczynowy pomiędzy zaziębnieniem a zapaleniem bywa tak wybitnym i bezpośrednim, że chcąc je wykluczyć z szeregu przyczyn, musielibyśmy postawić na to miejsce inną przyczynę, której dotychczas nie znamy.

**Anatomia patologiczna.** Ostre ogólne zapalenie otrzewny, towarzyszące połogowemu, septycznemu zakażeniu, nas tu nie obchodzi. Zakażenia te mogą bowiem przebiegać tak szybko, pod objawami zatrucia ptomainami, że czasu niema na wytworzenie się wybitnego obrazu zapalenia otrzewny. Ginekologów najwięcej obcho-



dzą te ostre, lub już od samego początku przewłoczne zapalenia, których ostateczne wyniki, czyli pozostałości (*Residua perimetritidis*) bywają najczęściej przedmiotem leczenia.

W okresie ostrym, znajdujemy otrzewną zaczerwienioną, delikatną siecią naczyń nastrożoną, wejrzenia często kosmatego, a w jamie otrzewny, większą lub mniejszą ilość wypociny surowiczej, przezroczystej, lub zmętniałej, i włókniakowe obłożenie narządów.

Z części otrzewny, zapaleniem dotkniętych, wytwarza się bardzo rychło młoda, obfitująca w naczynia tkanka łączna, która daje powód do miejscowych, czasem guzkowatych zgrubień, plam ścięgnistych, a co najważniejsza, do zlepow i wytworzenia się błon wrzekomych, jako stałych pozostałości po przebytem zapaleniu.

Zlepy naprzeciwległych powierzchni otrzewny, bywają albo świeże, łatwo dające się palcem rozdzielić, lub zorganizowane w tak ściśle zrosty, że nawet anatomicznem preparowaniem nie da się wykazać właściwej granicy narządów. W ten sposób, może być tylna ściana macicy ściśle zlepioną lub zrosniętą z otrzewną zatoki Douglasa, odbytnicy, lub tylnej ściany miednicy, tak, że zatoka właściwie ustaje istnieć. Macica sama, całkowicie lub częściowo unieruchomiona zlepiami, może w rozmaity sposób zbaczać od prawidłowego położenia. Prócz najczęściej wydarzającego się ustalenia w odgięciu lub odchyleniu, może macica stale zbaczać na bok z powodu jednostronnego skrócenia więzów szerokiego, które bardzo często występuje jako skutek zapalenia otrzewny, lub szyja jej bywa wysoko w górę i ku kości krzyżowej przyciągniętą, z powodu bliźnowatego skrócenia tylnych więzów macicznych, czyli fałdów Douglasa. Lecz nie tylko położenie macicy doznaje stałych zmian skutkiem zapalenia otrzewny, ale i jej miąższ z powodu ucisku wypocin i częściowych zasznuowań przez błony wrzekome, których skutek objawia się albo jako stałe przekrwienie zastoinowe, lub jako przeobrażenie wsteczne, prowadzące do zaniku.

Odbytnica może być dokoła otoczona stałymi wypocinami, jakby niemi obmurowana, i znacznie w czynnościach swoich upośledzona, tak, że kał tylko z trudnością i przy użyciu silnej tłoczni brzusznej może się przez nią przesunąć. Trąbki, których zapalenia bywają najczęstszą przyczyną zapaleń otrzewny, doznają też największych zmian z powodu tej ostatniej. Zlepione z jajnikami w jeden obrzęk stały, znacznie powiększony obłożeniami wypocinowemi, bywają przyklepione do boku macicy, lub do dna zatoki Douglasa, albo do okolicy linii

beziemiennej (*Linea innominatu*), lub do przodkowej ściany macicy, i pozlepienia z całym sąsiedztwem. zatem i z kiszkami, okazują skręty, zasznurowania, załamania i zrost ujścia brzuszno, przez co nagromadzona w nich wydzielina surowicza, krwawa, lub ropna, wytwarza torbielowe ich rozdęcia. Jajniki w wypocinie ukryte, bardzo znacznie lub całkowicie w swych czynnościach upośledzone, okazują często prócz zaniku, drobnotorbielowe zwyrodnienie i wynaczynionki w miąższu.

Zlepy w ogóle stwarzają tak różnorodne zmiany we wzajemnym stosunku narządów, że silenie się nawet na naszkicowanie tych obrazów, byłoby daremnem.

Błony wrzekome (*Pseudomembranae*) są to nitkowate, lub błoniaste połączenia, powstałe jako produkty zapalne. Okazują one bardzo rozmaity szerokość, i tęgłość. Począwszy od siatki delikatnych niteczek, łączących ze sobą naprzeciwległe powierzchnie, wzmagają się one aż do ścięgnisto zwięzających się, lub szerokich pasm, które rozdzielają od siebie pojedyncze przestwory miednicy, nakrywają jak mosty lub zupełnie zamykają zatoki otrzewnowe, tak, że powstają z nich jamy ze wszystkich stron zamknięte, które mogą się wypełnić treścią surowicza, krwawą, lub ropną.

Opisane zmiany bywają mniejsze lub większe, stosownie do przyczyny, która je wywołała. W zapaleniach jednak złośliwych, czyli zakaźnych, lub rzeżączkowych, cechują się one nie tylko znaczną rozległością i szerzeniem się skutkiem powrotów zapaleń, ale i pojawieniem się ropy, która albo już z samego początku występuje jako ropna, wolna wypocina w jamie małej miednicy, i następnie się otorbia, lub pojawia się w przestworach już otorbionych, pomiędzy zlepiami i błonami wrzekomymi, lub też wśród stałych wypocin jako ich ropne stopienie się. Podobnie jak inne wydzieliny płynne, tak i ropa zbiera się najczęściej w zatoce Douglasa jako najniższej części jamy otrzewnej, jeżeli zatoka z powodu zlepiów nie przestała istnieć.

Gniazdo ropne, pierwotnie nakryte płaskim dachem (fig. 129. 1.), utworzonym ze zlepionych z sobą kiszek, z błon wrzekomych i obłożeń wypocinowych, powiększając się, przez przybywanie ropnej wydzieliny, najpierw, głęboko ku dołowi wypukła dno zatoki Douglasa i tylne sklepienie, gdyż otrzewna jest podatniejszą niż nakrywające zatokę Douglasa błony wrzekome. Później i te ostatnie bywają kopułowo wysklepione ku górze, a macica, w miarę powiększania się ropnia, bywa coraz więcej wypychana ku przodowi i ku górze, tak, że w końcu

szyja jej zostaje przyciśniętą do spojenia łonowego (fig. 129. 2. zupełnie tak, jak się to dzieje w przypadkach krwisteku zamacicznego (*Haematocele retrouterina*). Ropień taki tworzy zatem obrzęk sprężysty, kształtu regularnego owoidu, który może sterceżyć wysoko ponad dno macicy, i dosięgać aż okolicy pępka lub wyżej, a w wyjątkowych przypadkach może zająć i większą część jamy brzusznej.

Ropnie zatoki Douglasa są typowe dla zapaleń otrzewny miednicowej. W razach jednak poprzedniego zlepiania zatoki, ropnie utworzyć się mogą i z boku macicy, i wtenczas także sięgać mogą bardzo nisko, wypuklając boczne sklepienie ku dołowi, zatem mogą się zachowywać zupełnie tak, jak ropnie tkanki łącznej podotrzewnowej. Wreszcie mogą się ropnie utworzyć w każdym innem miejscu miednicy, jakoteż i wysoko w jamie brzusznej pomiędzy kiszkaami.

Ropnie przez długi czas mogą pozostawać niezmiennie, a z biegiem czasu może ich treść ropna się zagęścić, uleźć rozpadowi tłuszczowemu, i wreszcie może zostać wessaną, z pozostawieniem grubych ścian, utworzonych z błon wrzekomych i wypocin stwardniałych. Najczęściej jednak, jeżeli sztuka nie dopomoże, otwierają się ropnie do narządów sąsiednich, a przez nie na zewnątrz. Kiszka stolcowa, powyżej trzeciego zdziergacza rzyei (*Sph. ani tertius*), a rzadziej zagięcie esowate (*Flexura sigmoidea*), bywa ulubionem miejscem przebicia się ropy i opróżnienia jej przez otwór stolcowy. Nierównie rzadziej następuje przebicie przez tylne sklepienie do pochwy. Ropnie więcej z boku lub przed macicą umieszczone, lub tak wielkie, że z zatoki Douglasa sięgają ku przodowi, mogą, po poprzedniem zlepieniu z pęcherzem, lub gdy sam pęcherz tworzy ich ścianę, otworzyć i opróżnić się do niego, a stąd z moczem na zewnątrz. Wydarzają się jednak i przebicia w kilku kierunkach j. t. do pęcherza i do kiszki stolcowej, tak, że powstały po wyropieniu przewód, może tworzyć przetokę pęcherzowo-odbytnicową (Simps on), lub gdy ropień przebił do pęcherza i macicy, przetokę pęcherzowo-maciczną. Wysoko sięgające ropnie, mogą dosięgać bezpośrednio ściany brzusznej i otworzyć się w każdym miejscu, a tu co najwięcej można o pępku wspomnieć jako o miejscu, w którym to z upodobaniem następuje.

Bliskie sąsiedztwo kiszek, bywa przyczyną, że ropnie śródtrzewnowe zawierać mogą gazy, z rozkładu powstałe, i brudną, przenikliwie kałem cuchnącą ropę (sposoczenie ropnia). Tu z pewnością bodźce, czyli zarodniki gnicia, dostają się z kiszek do ropni. Zdrowa ściana kiszek ich nie przepuszcza, lecz mogą one przenikać ścianę

chorą, częściowo porażoną przez zapalenie warstwy mięsnej, pozbawioną przybłonka otrzewnowego, i zlepioną z gniazdem ropnem. Taką porażoną część ściany, przesuwały się kał coraz więcej wgniata w jamę ropnia, aż wreszcie może ona pęknąć, i kał dostać się do ropnia, a rozłożona ropa opróżnić się do kiszki. W ten sposób powstać może gwałtowne zaostrenie zapalenia w całym otoczeniu, otworzenie się na zewnątrz wspólnej jamy, i utworzenie przetoki kiszkowej.

Prócz opisanych form zlepnego i ropnego zapalenia otrzewny, wydarza się jeszcze zapalenie z wypociną surowiczą (*Perimetritis serosa*), to znaczy, że wypocina surowicza, która zwykle zapaleniom towarzyszy, nie zostaje szybko wessaną, lecz pozostaje otorbioną w małej miednicy lub w jamie brzusznej. Musimy zatem w tych przypadkach przyjąć chorobowo zmniejszoną lub zniesioną zdolność otrzewny do wessania wydzielonej cieczy. W ten sposób, mogą w zatoce Douglasa, na macicy, lub obok niej, lub w każdym innym miejscu, pomiędzy zlepami i błonami wrzekomemi, powstać wrzekome torbiele (*Pseudocystes*), mogące osiągnąć znacznej wielkości, i trwać nieskończenie całymi latami.

A. Martin<sup>1)</sup> zwraca uwagę na szczególnego rodzaju pęcherzykowe zapalenie otrzewny, w którym pęcherzyki, wypełnione cieczą surowiczą, niezawierającą drobnoustrojów, znajdujemy rozsiane, lub w grupach, na otrzewnie ściennej, i trzewiowej.

**Objawy i przebieg.** Mówiąc o objawach zapalenia otrzewny, mamy na myśli te zapalenia, które już od początku okazują cechy ograniczenia się na otrzewną miednicową, lub na jej pojedyncze części. Pomijając zatem objawy ogólnego zapalenia otrzewny, jako znane, podniesiemy to, co czyni zapalenie otrzewny miednicowej kobiet, odrębnym, i najwięcej ginekologów interesującym typem klinicznym.

Jakkolwiek zapalenia otrzewny miednicowej, stósownie do przyczyn, jakie je wznieciły, bardzo różnorodnie przebiegają, to w ogóle, można ze względu na przebieg, podporządkować je pod trzy główne działy. 1. Zapalenia z wybitnie ostrym początkiem, kończące się szybkim wessaniem wypociny zapalnej, i prawie zupełnem uleczeniem, o ile to badaniem jesteśmy w stanie stwierdzić. 2. Zapalenia z ostrym początkiem i długim, ostrym, lub przyostрым przebie-

<sup>1)</sup> *Path. u. Ther. der Frauenkrankh.* Wydanie 3-cie 1893.

giem, cechujące się powrotami zapalnymi, z pozostawieniem trwałych złogów i zmian zapalnych w małej miednicy. 3. Zapalenia całkiem przewłoczne, lub z przyostrymi powrotami, w których początkowego okresu ostrego wcale nie było. W końcu dodać należy jako odrębny typ chorobowy, objawy pozostałości po przebytych zapaleniach (*Residua Perimetritidis*).

Ostre zapalenie otrzewny miednicowej, rozpoczyna się. stósownie do przyczyny jaka zadziałała, w sposób mniej lub więcej gwałtowny. W każdym jednak przypadku, najwięcej przeważającym objawem bywają bardzo silne, kolące bóle, wzmagające się za lekkiem nawet dotknięciem, z siedzibą w całym podbrzuszu, lub z boków albo w samym środku. Bóle te, które z powyżej wymienionych cech nazywamy bólami otrzewnymi, uniemożliwiają dokładne badanie i obmacanie pojedynczych części narządu płciowego, które i tak w początkowych okresach zapalenia mogłyby być szkodliwym, a tylko z siedziby największej dotkliwości domyślać się możemy o położeniu ogniska zapalnego.

Gorączka, która zawsze zapaleniu towarzyszy, i często zapowiada się dreszczem. tylko w przypadkach pochodzenia zakaźnego. szczególnie połogowego, dosięgnąć może 40° C. lub wyżej, gdy w innych przypadkach, tak zwanych dobrotliwych, rzadko dosięga 39° C.

Do bólów i gorączki rychło przyłącza się trzeci nieodstępny objaw, jakim jest wzdęcie (*Meteorismus*) najczęściej ograniczające się do podbrzusza, a czasem tylko do jednej jego strony, lecz może także i takie przybrać rozmiary, że łatwo nasuwa wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z ogólnem zapaleniem otrzewny. Wzdęcie to, pochodzące od udziału jaki otrzewna kiszek i ich warstwa mięsna bierze w zapaleniu, wzmagają się przez pewien czas, pomimo częstych wypróżnień, które nie rzadko towarzyszą zapaleniu otrzewny miednicowej.

Wymioty, będące prawie patognomonicznym objawem ogólnego zapalenia otrzewny, pojawiają się tu tylko wówczas, gdy sprawa w znaczniejszym występuje obszarze.

Po trwaniu opisanych objawów prawie w równej mierze przez 3—8 dni. zapowiada się polepszenie zmniejszeniem się gorączki. wzdęcia i bolesności, a produkty zapalne mogą w krótkim czasie tak całkowitemu uleść wessaniu, że chora. bez widocznych śladów choroby, po 2—3 tygodniach może być uważaną za zdrową.

W przypadkach należących do drugiej grupy, opisane objawy trwają z jednakością, lub wzmagają się gwałtownością przez kilkanaście dni. poczem następuje okres przyostrej, w którym uśmierzona gorączka i bolesność, mogą, po jednym lub paru dniach pozornego polepszenia, znów powrócić, i stan taki, pomiędzy polepszeniami a pogorszeniami, trwać może całymi tygodniami a nawet miesiącami. Są to przypadki powstałe z wybitnie zakaźnej przyczyny, zatem płożowe, lub z zakażenia przez manipulacje ginekologiczne.

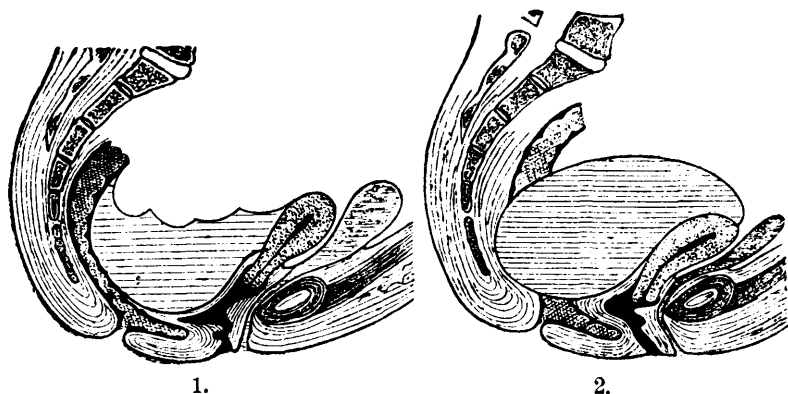
Przy tak długim trwaniu okresu ostrego, nie obejdzie się też nigdy bez rozleglejszych zlepow, wypocin i błon wrzekomych. Początkowo, tak jak i w tamtych przypadkach, badanie nic stanowczego nie wykazuje, a dopiero po kilkunastu dniach trwania choroby, zaczynają ujawniać się w podbrzuszu miejsca, okazujące w mniejszym lub większym obszarze stłumiony odgłos wypukowy, i zwiększoną odporność, które w miarę zmniejszania się wzdęcia i bolesności, coraz wybitniej występują jako obrzęki, bez ściśle oznaczonych granic, nieznacznie w otoczenie przechodzące, a pochodzące ze zlepiania ze sobą i obłożenia wypocinowego narządów małej miednicy, i pętli jelitowych.

Badanie oburęczne, wykazuje wówczas, rozmaitego rodzaju umiejscowienia i rozległości produkty zapalne, które, w miarę dalszego przebiegu i częściowego wessania wypocin, znacznie się zmieniają.

Jeżeli wypociny były bardzo obfite, to całymi miesiącami pozostawać mogą niezmiennie i tworzyć duże obrzęki, umieszczone w bocznej okolicy miednicy około trąbek i jajników, lub poza macicą w zatoce Douglasa. i w tym ostatnim przypadku unieruchamiają one macicę w położeniu mniej lub więcej przysuniętem ku spojeniu łonowemu. Zatoka Douglasa okazuje więcej lub mniej wybitne wypuklenie ku pochwie, które w dalszym przebiegu choroby, albo ustępować może, lub też to wypuklenie i napięcie się zwiększa, a obrzęk, który przy badaniu przez powłoki brzuszne, pierwotnie okazywał się jako rozlany, płaski (fig. 129, 1) może przybierać stopniowo postać, od góry i od sklepienia tylnego, jajowatego pozamacicznego obrzęku, który w cechujący sposób macicę wypiera ku przodowi (fig. 129, 2 i fig. 130).

Ropa w każdym przypadku, gdy tylko się pojawi, sprawia cechujący przebieg choroby, mianowicie z zupełnie prawie bezgorączkowym stanem w godzinach rannych, a znacznymi wzniesieniami ciepłoty w godzinach wieczornych. bez względu na to czy ulega

zagęszczeniu i wessaniu, lub zbiera się w większe zbiorniki ropne, które albo sztucznie bywają otworzone, lub otwierają i opróżniają się same. Leczenie wessania ropy po długim trwaniu gorączki bywa często niezupełnem, tak, że, otoczona grubemi złogami zapalnymi, przez całe lata pozostawać może wśród twardego, nieruchomego obrzęku, który w znacznym stopniu upośledza czynność narządów płciowych.



(Fig. 129).

Wypocina śródtrzewnowa w zatoce Douglasa.

1. Płynna wypocina, wypełniająca zatokę Douglasa, której płaskie nakrycie tworzą zlepione z sobą kiszki. 2. Wypocina, która, przez powiększanie się, przybrała kształt owalnego pozamacicznego obrzęku (podług Fritscha).

Przypadki, w których ropień, wśród ciągłych objawów gorączkowych się powiększa, dopóki ropa nie utworzy sobie drogi na zewnątrz i nie opróżni się, bywają pod względem przebiegu lepszymi, lub o wiele gorszymi, stosownie do miejsca, w którym przebicie się ropy nastąpiło. Najkorzystniejszym bywa opróżnienie się ropnia ku pochwie przez sklepienie pochwowe, gdyż ropa, stale i bez przerwy, może się pod działaniem tłoczni brzusznej opróżniać, lub też wolny odpływ ropy, ułatwić możemy przez rozszerzenie znalezionej w pochwie otworu, a wówczas, ściany ropnia zupełnie opróżnionego, łatwiej się zrastają.

O wiele gorszem w skutkach, jest przebicie się ropy do odbytnicy, jak to najczęściej bywa, powyżej trzeciego zdziergacza rzyci (*Sph. ani tertius*). Niebezpieczeństwo nie polega w tych przypadkach na blizkiem sąsiedztwie kału, który, jak doświadczenie uczy, nie wywołuje sposoczenia treści tych ropni, lecz głównie na utrudnionym

odpływie, czyli opróżnianiu się ropnia. Największego znaczenia bywa tu ta okoliczność, że gdy ropnie opróżniające się ku pochwiew, miewają otwór w swej najniższej części, to otwór ropni otwierających się ku odbytnicy, miewa położenie czysto przypadkowe. Ropa zatem nigdy dokładnie się nie opróżnia, a otwór wkrótce znowu się zlepia, i ponownie się otwiera pod ciśnieniem znowu nagromadzającej się ropy, a stan taki, wśród powtarzającej się gorączki ropnej, trwać może miesiącami i latami całemi, za czem idzie ogólne wyniszczenie, i następstwa długotrwałego ropienia, objawiające się skrobiowatym zwyrodnieniem narządów, mianowicie nerek, i niechybną śmiercią. Na szczęście, przypadki z tak niekorzystnym przebiegiem, nie są częste, a względne uleczenie, następuje i po bardzo długo trwającym ropieniu. Bardzo niekorzystnym bywa także przebicie się ropy do pęcherza moczowego, który do czasu znosi ropę bez szkody, lecz w końcu i jego błona śluzowa ulega ropnemu zapaleniu, które sprawą ciągłości, łatwo przenosi się na miedniczki nerkowe, i mięsz nerek. Rozłożony moczu wraz z rozłożoną ropą wydzielal w jednym z moich przypadków, który się zakończył pomyślnie, woń tak obrzydliwą i przenikliwą, że nie mogła iść w porównanie z żadną cuchnącą wydzieliną.

Przebicie się ropy przez powłoki brzuszne, które zaliczamy do korzystnych, może niem być czasem tylko pozornie, szczególnie wówczas, gdy ropa, pomiędzy pętlami kiszki umieszczona, okazuje sposoczenie, a co więcej, gdy ropień komunikuje z kiszka.

Trzeci dział zapaleń otrzewny, tworzą przypadki, okazujące od samego początku przebieg wybitnie przewłoczny. Chore, u których znajdujemy znaczne produkta zapalne, i zmiany we wzajemnym stosunku narządów małej miednicy, najczęściej wcale nie podają ostrego okresu choroby. Początek też schorzenia, jakkolwiek niewybitny, najczęściej odnieść można do zarażenia rzeżączkowego (*Perimetritis blenorrhoica*).

Zwykle mamy wówczas do czynienia z kobietami albo pierwotnie niepłodnymi, lub niepłodnymi po jednym porodzie. Od pierwotnie niepłodnych, dowiadujemy się często, że wkrótce po ślubie pojawiły się u nich upławy, i dolegliwości ze strony pęcherza moczowego, j. t. parcie na mocz i rznięcie w cewce moczowej, szczególnie przy końcu moczenia. a prócz tego, że od tego czasu czują się choremi. Upławy, na które u różnych lekarzy leczyły się bezskutecznie, trwają ciągle, z wąskiego ujścia macicznego, zwykle nad-



żerką otoczonego, występuje wydzielina ropna, żółta lub śmietankowa, a do tego objawu, z którego uleczenia często chore rezygnują, przyłączają się coraz to boleśniejsze miesiączkowania, i bóle w podbrzuszu i krzyżach. Odżywienie też rychło podupada, gdyż chore, trapione dolegliwościami, obawiając się wypróżnień i ruchów z powodu bólów które one wzniecają, tracą apetyt, nędznieją, i przedstawiają obraz ciężkiego cierpienia, nie będąc właściwie nigdy obłożnie choremi. Ważną też cechą tych zapaleń jest ta, że chore leczone, po długim leżeniu, i użyciu całego szeregu środków leczniczych, po osiągnięciem pozornem uleczeniu, łatwo, po małego znaczenia przyczynie, lub bez niej, znów ciężko zapadają, i to najczęściej przy sposobności nawału miesięcznego, lub po spółkowaniu, które działa jako bodziec mechaniczny przez poruszanie ustalonej zlepami macicy, i jako bodziec wywołujący przekrwienie.

Słusznie też porównywa Schröder rzeżączkowe zapalenie otrzewny z żarzewiem tłącym się pod pozornie wygasłą warstwą popiołu, które lada chwila płomieniem zająć się może. Tem żarzewiem zaś, bywa najczęściej schorzała jedna lub obie trąbki, które, jako ogniska ropne, największą odgrywają rolę w rzeżączkowym zapaleniu otrzewny. Dlatego też obraz kliniczny rzeżączkowego zapalenia trąbek, pokrywa się obrazem zapalenia otrzewny.

Ten przewłoczny przebieg zapalenia, trwać może nietylko całymi latami, lecz przez całe życie, gdyż ogniska ropne pochodzenia rzeżączkowego, okazują małą skłonność do przebicia się ropy na zewnątrz, i często też nie mogą być w inny sposób uleczone, jak przez usunięcie ropnych otoków trąbek.

Co się tyczy wpływu jaki zapalenia otrzewny wywierają na narządy małej miednicy, to ten, w każdym przypadku który przebiegał z pozostawieniem zlepów, wypocin i zmian położenia narządów, bywa bardzo wybitnym.

Najstalej i najczęściej, wpływ zapaleń otrzewny występuje w mięszu i na błonie śluzowej macicy. Powiększenie i bolesność macicy, pochodzące od przewłocznego zapalenia, spotykamy bardzo często obok zmian, świadczących o przebytem zapaleniu otrzewny, a w rzadszych przypadkach znajdujemy macicę stwardniałą i w stanie zaniku, z powodu uciśniętych naczyń krwionośnych. Stale zaś znajdowane zmiany nieżytowe na błonie śluzowej, bywają przyczyną obfitego i bolesnego miesiączkowania. Rzadziej zaś wydarza się w tych przypadkach skąpe miesiączkowanie, lub brak miesiączki, idące w pa-

rze z zanikową macicą i jajnikami. Bóle bywają we wszystkich przypadkach objawem głównym, i jedyną prawie przyczyną skarg chorych. Bywają one rozmaite co do jakości i stopnia, stósownie do umiejscowienia i rozległości produktów zapalnych. W przypadkach zaś przewłocznego przebiegu, cechującego się pogorszeniami, bóle bywają jedynym prawie objawem, zapowiadającym pogorszenie i szerzenie się sprawy zapalnej. Pojawiają się one lub zwiększają za każdym krokiem lub ruchem, i w czasie oddawania stolca, a najdotkliwsiymi bywają wówczas, gdy więzy szerokie są bliznowato skurczone, i jajniki zlepione z macicą, lub razem z trąbkami zlepione do dna zatoki Douglasa. Równie ważną przyczyną bólów, bywa ustalenie macicy, przez zlepy, w odgięciu, nagięciu, lub nachyleniu. W tych bowiem przypadkach, utajony nawet ból, powstaje ze znaczną siłą przy próbach odprowadzenia macicy.

Nierzadko jednak spotykamy się z przypadkami, w których bardzo rozległe, stare wypociny, i zlepy unieruchamiające narządy małej miednicy, nierównie mniej sprawiają dolegliwości, niż nieznaczne przyczepienia jajników w zatoce Douglasa, lub dna odgiętej macicy, co się w ten sposób tłumaczy, że częściowa ruchomość narządów, bywa przyczyną bolesnego pociągania za zlepy.

Niepłodność należy także do bardzo częstych następstw, i to szczególnie powyżej opisanej, przewłoczej formy zapalenia. Nigdy też tyle przyczyn na to się nie składa, co w przypadkach tych zapaleń, jeżeli uwzględnimy bolesne spółkowanie, zmiany w mięszu i w błonie śluzowej macicy i trąbek, i utrudnione jajczkowanie w jajnikach, warstwami wypocinowemi uciśniętych. W przypadkach zaś, w których ciąża nastąpiła i płód zostaje donoszonym, można śledzić, jak pod wpływem rozpulchnienia i powolnego wzrastania macicy, złogi wypocinowe powoli znikają, a macica, poprzednio znaczną powierzchnią z sąsiedztwem zlepiona, tak się uwalnia od zlepow, że skutkiem ciąży, może nastąpić zupełne uleczenie. W mniej korzystnie przebiegających przypadkach, następuje poronienie skutkiem znacznych przeszkód w powiększaniu się macicy, i skutkiem zmian, w jej mięszu wywołanych.

Kobiety cierpiące na długotrwałe zapalenie otrzewny, okazują często znaczną nerwowość, rozdrażnienie, zaburzenia w innerwacyi i t. p., a ostatnimi laty, zaczęto upatrywać związek przyczynowy, pomiędzy przewłocznymi długotrwałymi zapaleniami, a zaburzeniami

wzroku, objawiającymi się niedowidzeniem przy sztucznem świetle, które ma polegać na przeczulicy siatkówki.

Fritsch zwraca uwagę na obraz chorobowy, czasem się wydarzający, który cechuje się bardzo znaczną bolesnością wszystkich części miednicy małej w czasie badania, a któremu zbywa wszelkiego substratu anatomicznego. Stan ten już dawniej oznaczano nazwą przeczulicy otrzewny (*Hyperaesthesia peritonaei*). Sądzę jednak, że sama wygórowana bolesność najwięcej przeszkadzać może do wykluczenia zmian patologicznych, i że potrzeba szczególnie korzystnych warunków badania i to w narkozie, aby te zmiany z pewnością można wykluczyć.

**Rozpoznanie.** W początku ostrego zapalenia, możemy z objawów, szczególnie z cechującego bólu i bolesności dotykowej, oraz wzdęcia i towarzyszącej gorączki, łatwo rozpoznać, że mamy do czynienia z zapaleniem otrzewny miednicowej, a główna siedziba bólu, czyli miejsce najboleńsze, pozwala nam domyślać się i miejsca, z którego zapalenie wyszło. Dopiero w późniejszym przebiegu dokładnie rozpoznajemy umiejscowienie zmian, po skutkach, jakie zapalenie pozostawia. Często najwcześniej można już od zewnątrz wy badać tworzenie się wypocinowego obrzęku w bocznej części miednicy, w miejscu, gdzie poprzednio tylko znacznie istniało wzdęcie. Tu, pętle kiszek zlepione ze sobą, z więzmem szerokim, trąbką i jajnikiem, tworzą jedną wypocinową masę, i to powstanie wypociny wysoko, we wchodzie miednicy, jest cechującym dla zapaleń otrzewnowych. Więcej jeszcze cechującym jest odgłos wypukowy czczy, pomieszany z bębnowym na utworzonym obrzęku, jakoteż i zmienność granic wypukowych, zależna od stopnia wypełnienia jelit.

Wypociny w ogóle, cechują się właściwą im odpornością, która wzmagą się z biegiem czasu, nieruchomością, i nieregularnym kształtem. Jeżeli one zajmują zatokę Douglasa, wówczas tworzą albo stałe obrzęki, lub cechującego jajowatego kształtu, które, jak to opisaliśmy w ustępie o anatomii patologicznej, osiągnąć mogą znacznych rozmiarów, i w sposób dla obrzęków pozamacicznych cechujący, przysunąć macicę do spojenia kości łonowych.

W tym ostatnim przypadku, obraz może być tak zupełnie podobny do krwisteku zamacicznego (*Haematocele retrouterina*), że odróżnienie bywa niekiedy niemożliwym, i to tem bardziej, że krwistek może się przyłączyć i do spraw pozostałych po zapaleniu otrzewny, skutkiem krwawień, pochodzących z naddarć zlepów. Na-

1) *Die Krankh. d. Frauen*, Berlin 1892. Wydanie 5-te.

kłucie zaś obrzęku może także nie być rozstrzygającym, gdyż ropienie może się przyłączyć i do krwisteku, z którego wówczas, zamiast treści krwawej, otrzymujemy treść ropną. Rozeznanie bywa łatwem, gdy u poprzednio zdrowej, lub względnie zdrowej kobiety, wystąpią gwałtowne przypadki, cechujące krwistek zamaciczny, z szybkim utworzeniem się dużego, zamacicznego obrzęku. W przebiegu zaś cechującym krwistek zamaciczny, bywa brak objawów ropnej gorączki, i dość szybkie zmniejszanie się, nawet wielkich obrzęków.

Niewielkie wypociny w zatoce Douglasa, miewają czasem kształt zbliżony do odgiętego i ustalonego ciała macicy, co tem więcej może być łudzącem, że nadpochwowa część szyi, bezpośrednio przechodzić może w wypocinę. Jeżeli ciało macicy nieda się dokładnie wysledzić w prawidłowem miejscu, to o położeniu macicy, rozstrzyga ostrożne sondowanie.

W przypadkach dużych, stwardniałych obrzęków wypocinowych, mogą się niekiedy nasuwać wątpliwości co do ich istoty, aby nie pomieszać ich z nowotworami twardymi, mianowicie z włókniakami. Za wypociną, przemawia wówczas jednostajne wypełnienie dolnych części jamy otrzewny, i otoczenie macicy w taki sposób wypociną, że ona wśród niej wybadać się nieda, oraz brak ścisłego odgraniczenia wypocin od ścian miednicy i ścian brzusznych, płaski kształt obrzęku badanego przez powłoki brzuszne, i bolesność, której brakuje tylko w starych wypocinach. Cechującym bywa także zachowanie się odbytnicy, która zewsząd wypociną otoczona, okazuje, przy badaniu, ścieśnienie w kształcie okrągłego otworu, o niepodatnych ścianach.

Obrzęki wypocinowe, bocznie ułożone, zwykle zajmują okolicę trąbek i jajników. Jeżeli wypociny te zajmują wysokie położenie, tak, że je badaniem przez pochwę dopiero wysoko dosiegamy, a przy badaniu zewnętrznem okaże się, że sięgają wysoko ponad macicę i poza granice małej miednicy, przechodząc nawet na zatokę biodrową, to śródotrzewnowa ich siedziba, nie ulega wątpliwości, a pewność jeszcze wzrasta, gdy nie przylegają ściśle do boku macicy, t. j. że tenże da się dokładnie wybadać. Jeżeli jednak bocznie ułożone wypociny powiększają się, szczególnie przez zropienie, i utworzą obrzęk, spychający boczne sklepienie głęboko ku pochwie, czyli jeżeli zajmują miejsce, cechujące wypociny podotrzewnowe, to nasuwa się, często nie do rozstrzygnięcia wątpliwość, czy mamy do czynienia z śródotrzewnową, czy z podotrzewnową wypociną. Rozeznanie nie tylko na żywych, ale niekiedy i na zwłokach może być mylnem,

gdyż błony wrzekome ponad obrzękiem wypocinowym pomieszać można z otrzewną, i obrzęk uważać za podotrzewnowy.

Jeżeli zapalenie, jak to najczęściej się wydarza, pozostawia po sobie tylko zrosty, i skrócenia więzów, to rozpoznajemy je po unieruchomieniu, lub zmniejszonej ruchomości narządów małej miednicy, i zmianie ich położenia. Bliznowate skrócenie więzu szerokiego sprawia albo boczne ustawienie macicy, lub nachylenie, albo zgięcie na bok (*Lateropositio, Lateroversio et flexio*). Skrócenie fałdów Douglasa, czyli tylnych więzów macicznych, sprawia przyciągnięcie górnej okolicy szyi macicznej ku kości krzyżowej, i często stałe nagięcie lub nachylenie ciała macicy. To bliznowate skrócenie więzów rozpoznajemy i po tem, że pociągana ku przodowi część pochwowa, nie postępuje, a próba ta połączoną bywa z bolesnością. Rozległość i jakość zlepow tylnej ściany macicy, najlepiej daje się wy badać przez odbytnicę.

Rozpoznanie ropnia śródotrzewnowego, po cechach właściwych ropniom, t. j. po okrągłym, lub jajowatym kształcie, i właściwej sprężystości lub chębotaniu, rzadko tylko bywa możebnem, gdyż duże, typowe ropnie zatoki Douglasa, wydarzają się rzadko. O wiele łatwiej domyślać się możemy istnienia ropy po cechującym przebiegu, bez dokładnego wysledzenia samego ropnia, wyjąwszy przypadki wysokiego jego umieszczenia i skłonności do otworzenia się wysoko przez powłoki brzuszne, co również świadczy o śródotrzewnowem pochodzeniu ropnia. Objawy ropnia, mogą jednak być tak mało wybitne, że pęknięcie jego ku odbytnicy, i opróżnienie na zewnątrz, bywa prawie niespodzianką.

**Rokowanie.** Zapalenie otrzewny miednicowej należy zaliczać do najcięższych chorób kobiecych nie tylko ze względu na pozostałości zapalne, ale często i z powodu wielkiej skłonności do powrotów. Wyjąwszy zatem nieczęste przypadki szybkiego i dobrotliwego przebiegu, które mogą się zakończyć zupełnem uleczeniem, w każdym przypadku jest rokowanie o niem wątpliwe. Nie uwzględniając nawet możebności rozszerzenia się zapalenia na całą otrzewną, lub pęknięcia ropnia w jamę otrzewny z szybkim zejściem śmiertelnem, rokowanie o zupełnem uleczeniu jest bezwzględnie złem, szczególnie w przewłocznych przypadkach zapalenia rzeżączkowego, gdyż jakkolwiek stósownem leczeniem można przypadki chorobowe usmierzyć lub usunąć, to jednak dzieje się to najczęściej ze zniszczeniem czynności narządu płciowego.

Z opisanego powyżej przebiegu ropni otrzewnowych, widocznym jest także, że one rokowanie w znacznym stopniu pogarszają, i to nie tylko ze względu na wyniszczający przebieg gorączkowy, ale i ze względu na niepewność zakończenia się sprawy tak w razach zagażenia się ropy i pozostania przez długi czas niezmiennie, jak i w razach niekorzystnego przebiecia się ropy na zewnątrz.

Lecz i w tych lekkich przypadkach, o których istnieniu przekonywamy się tylko po znajdujących zlepkach, uruchomienie narządów, mianowicie macicy i jajników bywa zawsze wątpliwem, a w rozdziale o ustalonym zlepkami odgięciu macicy, podnieśliśmy to, że uruchomienie czasem tylko za pomocą operacji bywa możebnem.

**Leczenie.** Leczenie zapobiegawcze, polegać powinno na usuwaniu możebności zakażenia w czasie porodu i poronień, jakoteż przestrzegania ścisłego bezgnilnego postępowania przy sposobach badania i leczenia ginekologicznego. Usunięcie możebności zarażenia rzeżączkowego, nie leży w naszej mocy. Następnie polega leczenie zapobiegawcze na naprawie istniejących zmian położenia macicy, mianowicie odchylenia i odgięcia, i troskliwem leczeniu zapaleń trąbkowych.

Leczenie ostrego okresu zapalenia, powinno być przeciwwapalne, a zatem zalecamy: spokojne ułożenie na wznak z głową nisko ułożoną, i okład wilgotny na podbrzusze a na nim worek z lodem. Przeciw bólom polecamy czopki z morfina lub makowcem lub podskórne wstrzykiwania morfiny, a z wypróżnieniem kiszki przez pierwsze 2—3 dni należy się wstrzymać. Pijawki, które dotychczas jeszcze nie wyszły z użycia, przystawione w liczbie 4—6 w miejscu najboleśniejszem, przyczyniają się często do zmniejszenia bólów.

Po minięciu ostrego okresu, czyli znacznem zmniejszeniu się bólów, przejść można do okładów częściej zmienianych, a potem i wysychających, które stosujemy przez cały czas przystrego i przewłocznego przebiegu.

Najważniejszą rolę odgrywa jednak w leczeniu zapaleń otrzewny, leczenie pozostałości zapalnych, j. t. wypocin, zlepków i ropni. Gdy wypociny już małą okazują bolesność dotykową, staramy się, ile możności, przyśpieszać ich wessanie przez ciągłe okłady ogrzewające, kataplazmy, okłady ciepłą borowiną, ciepłe kąpiele pełne i nasiadowe na przemian, z dodaniem do nich soli kuchennej lub morskiej, Iwonickiej, Rabczańskiej, Stasfurtskiej,

(Schröder), soli z borowiny franzensbadzkiej, w ilości  $\frac{1}{4}$  klg. do kąpeli nasiadowej, a 2 klg. do kąpeli wannowej czyli pełnej, lub ługu Morszyńskiego. Bardzo korzystnym jest także działanie kąpeli borowinowych w Krynicy, Iwoniczu, Franzensbadzie, i Elster, jakoteż kąpeli solankowych naszych i zagranicznych (Kreuznach, Hall w Austrii, Königsdorff-Jastrzęb, Ischl, Kissingen), do których wysyłamy chore z wypocinami już niebolesnemi.

Bardzo dzielnie wspierają to leczenie gorące wstrzykiwania do pochwy (na  $35^{\circ}$ — $40^{\circ}$  R.) z dodaniem wspomnianych soli lub solanek. Z użyciem wstrzykiwań należy jednak być ostrożnym, aby niemi zamiast polepszenia, pogorszenia nie spowodować. W świeżych zatem przypadkach, gdy bolesność uciskowa jest jeszcze znaczną, lub gdy powraca, należy unikać wstrzykiwań, a najlepiej ich użyć, przeciw wypocinom „nieczułym“. Wykonywać je polecam w ten sposób, że chora, siedząca w kąpeli pełnej lub nasiadowej, może sama napełniać 3 litrową koneweczkę Hegara przygotowanym poprzednio roztworem soli, lub solanką, ogrzaną początkowo na  $35^{\circ}$  R., poczem rurkę mocno zagiętą, wsuwa głęboko w pochwę, przez którą przynajmniej 6 litrów wody przepłynąć powinno. Jeżeli chora te wstrzykiwania dobrze znosi, podwyższamy stopniowo siłę prądu, i ciepłość wody aż do  $40^{\circ}$  R. Ważną jest rzeczą, aby chora po kąpeli i wstrzykiwaniach, bez obcierania się, lecz zawinięta w prześcieradło, i ciepło okryta, przez 1—2 godzin leżała, gdyż w ten sposób działanie kąpeli się przedłuża, co, nawiasem mówiąc, nie we wszystkich miejscach kąpielowych jest możebnem.

Leczenie to, podług powszechnie utartego przekonania, dzielnie ma wspierać użycie jodu w różnych postaciach. Jod stósujemy jako jodek potasu lub czysty jod w maściach do wcierań w podbrzusze, lub jako nalewkę jodową do pędzelkowania skóry podbrzusza, lub w równych częściach z gliceryną do pędzelkowania sklepień pochwowych, albo jako roztwór jodku potasu w glicerynie do tamponów pochwowych, (patrz str. 192 i 193) lub w gałkach pochwowych. Czy jod w ten sposób stósowany ma rzeczywiście wpływ tak korzystny wobec innych dzielnych środków równocześnie używanych, nie można stanowczo ani zaprzeczyć ani twierdzić. To tylko pewnem się być zdaje, że łatwiej o wiele bez niego się można obejść, niż bez poprzednio wymienionych środków, co także odnosi się i do przechwalanego działania ichtyolu i jodoformu, których, dla wielu chorych niemiła woń, jest o wiele większą, niż ich działanie. Często

jednak, ze względów czysto praktycznej natury, jesteśmy zmuszeni do używania tych środków, pomimo małego zaufania, jakie w nas budzą.

W celu rozciągnięcia zlepow, i niedozwolenia, aby się stały silnymi zrostami, należy pobudzać ruch robaczkowy kiszek, którego działanie najskuteczniej się do tego przyczynia. Prócz uregulowania wypróżnień, osiągnąć możemy ten cel w doskonały sposób, za pomocą ile możności obfitych lewatyw z ciepłej wody, oleju, lub oliwy (Hegar<sup>1)</sup>) działających termicznie i mechanicznie.

Do wyżej wymienionych środków, jako najdzielniejszych, przybywa jeszcze mięsienie (*Massage*), które właśnie w celu uwolnienia narządów małej miednicy od wypocin i zlepow, w takim stopniu wykształcił Thure Brandt.

W użyciu jednak tego środka należy postępować z właściwą miarą, którą tylko doświadczeniem nabyć można. Lewą ręką działa od pochwy, podpierając tylko części które mięsimy ręką prawą od powłok brzusznych, zatem palcem w pochwie będącym, żadnych ruchów nie wykonywamy. Czterema palcami ręki prawej zaś, płasko do brzucha przyłożonej, wykonywamy małe ruchy okrężne, zważając na to, aby nie masować miejsc bolesnych, lecz ich okolicę. Szczególną w tej mierze ostrożność zaleca się co do jajników, których ugniatanie mogłoby tylko pogorszyć stan chorej. Podług wskazówek Th. Brandta, bez względu na to co mamy mięścić, rozpoczynamy mięsienie od okolic bocznych nadpachwinowych, aby przedewszystkiem pobudzić krążenie w splotach żylnych miednicy, poczem przystępujemy do mięsienia okolic wyczuwalnych obrzęków zapalnych, a dopiero następnie do mięsienia samych obrzęków. Bardzo też często już w czasie mięsienia przekonać się możemy, że miejsca, które przed chwilą jeszcze były bolesne, ustają być niemi po kilku minutach.

Co do trwania poszczególnych posiedzeń, zasadą jest krótsze, lecz częstsze mięsienie w przypadkach wybitnej bolesności, a długie 25 — 45 minut trwające w przypadkach niebolesnych obrzęków. Najwidoczniejsze skutki mięsienia pojawiają się w dwóch kierunkach a mianowicie: najpierw bóle samoistne, to znaczy te, które chora czuje bez dotykania części bolących, i bóle dotykowe zmniejszają się, i ustępują, a następnie rozlane kontury zapalnych obrzęków, przybierają postać coraz więcej ograniczoną.

<sup>1)</sup> *Deutsche Klinik* 1873 Nr. 8 i *Berl. Kl. Wochenschr.* 1874 Nr. 6 i 7.



Ponieważ zaś nigdy nie mamy sposobności tak dokładnego i częstego badania chorych jak w czasie miesiąenia. zatem zoryentowanie się w zmianach, jakie zapaleniem zostały wywołane, po kilku posiedzeniach, bywa doskonałem. Poznajemy bowiem wielkość obręzków, ich okolicę, ich ruchomość, i wzajemne położenie narządów. W miejsca zatem, w których znajdujemy obrzęki przyczepione, lub narządy małej miednicy unieruchomione, staramy się palec wsunąć od wewnątrz, a palce prawej ręki od zewnątrz, i ruchami nieco piłującami usiłujemy powoli i z miarą palce obu rąk ku sobie zbliżać, przez co umożliwiamy albo rozlepienie się zlepow, lub wyciągnięcie ich w pasma, co w świeżych przypadkach udać się może w krótkim względnie czasie, gdy w starych wymaga i całych miesięcy codziennego miesiąenia.

Leczenie ropni śródotrzewnowych, polega na otworzeniu i wypróżnieniu ich, jeżeli to tylko jest możebnem. Takiego leczenia nie kaźden jednak ropień wymaga, gdyż jak wiadomo z anatomii i przebiegu zapaleń, częściej wydarzają się przypadki, w których wszystko przemawia za obecnością otorbionej ropy, która jednak później się zagęszcza i ulega wessaniu. Odrębnego zatem leczenia wymagają te ropnie, w których treść ropna zamiast ubywać, przybývá skutkiem ropienia ścian. śród trwającej cechującej gorączki ropnej, i tworzy powiększający się. cechująco w zatoce Douglasa ułożony, bolesny obrzęk.

W tych przypadkach, po zupełnem odsłonięciu obrzęku, spychającego tylne sklepienie ku dołowi, wykonywamy poprzeczne cięcie na 4 cm. długości przez całą grubość błony śluzowej tylnego sklepienia, podwiązujemy krwawiące naczynia, a resztę drogi, prowadzącej do ropnia, torujemy sobie w tępy sposób wyłącznie palcem, a gdy ropień się otworzy, rozszerzamy otwór palcem na boki. przepłukujemy jamę ropnia i zakładamy w nią albo dren, lub gazę jodoformową. W jednym przypadku bardzo dużego ropnia zatoki Douglasa doskonały miałem wynik z punkcyi trójgrańcem. i z założenia następnie rurki Breiskyego (*a double courant*) z użyciem do tego celu służących kleszczyków, poczem codziennie przepłukiwałem przez rurkę, stale leżącą w ropniu. O wiele trudniej przedstawia się otwarcie ropni, bocznie obok macicy ułożonych. Czém więcej one boczne sklepienie wypuklają, i czém więcej sprężystość ich na jaw występuje. tem łatwiej się to udaje, gdyż warstwa, dzieląca ropień

od błony śluzowej, bywa tem cieńszą. W innych przypadkach zaś zmuszeni jesteśmy torować sobie palcem drogę przez warstwy złożów wypocinowych kilka cm. grubości mające, co czyni operację zabiegiem ciężkim i niebezpiecznym.

W poprzednim rozdziale podnieśliśmy niekorzyści i niebezpieczeństwa, wynikające z pęknięcia ropnia do kiszki stolcowej i do pęcherza moczowego. Dlatego też występuje niekiedy wskazanie do dostania się do tych ropni inną drogą, i utworzenia większego, do odpływu ropy, otworu. Wobec takich ropni, które pękły do odbytnicy, może się udać utworzenie do nich drogi od pochwy, w sposób poprzednio opisany, a gdy to raz nastąpi, można ropień uważać za uleczoney. Jeżeli jednak ropień pęknie do pęcherza moczowego, to ze względu na to, że ten ostatni leży pomiędzy nim a pochwą, utworzenie drogi od pochwy, bywa niemożliwym. Sch r ö d e r w dwóch takich przypadkach wykonał wysokie cięcie pęcherza (*Section alta*), rozszerzył otwór ropnia, i w ten sposób osiągnął uleczenie.

Ropnie okazujące dążność do otworzenia się przez powłoki brzuszne, co zapowiada się unieruchomieniem i zaczerwienieniem skóry otwieramy według zasad chirurgii, lub istniejący już otwór ropnia rozszerzamy i jamę drenujemy, albo wypełniamy ją gazą jodoformową.

Do najtrudniejszych zadań leczenia, należą zapalenia przewłoczone, pochodzenia rzeżączkowego. Jakkolwiek leczenie powinno być i tu wyłącznie skierowaniem przeciw zapalnym objawom otrzewny, i przeciw skutkom zapalenia, to jednak główną przyczyną, nie zawsze dającą się leczeniem usmierzyć lub usunąć, bywają pierwotne zmiany w trąbkach, które stanowią bodziec do ciągłych powrotów zapaleń. Leczenie tych form należy rozpocząć od zakazu spółkowania, polecić leżenie w łóżku już na 1—2 dni przed pojawieniem się peryodu, a w czasie międzymiesiączkowym polecić codzienny parugodzinny spokój, kąpiele, a na noc wilgotny wysychający lub ogrzewający okład na podbrzusze.

Dolegliwości pojawiające się przy chodzeniu, udaje się niekiedy złagodzić, zmniejszając ruchomość macicy za pomocą miękkiego, lub powietrzem wydymanego krążka.

W chwilach zaostrzeń zapalnych, leczymy podobnie jak w zapaleniach ostrych. Sch r ö d e r i w tych przypadkach poleca upusty krwi z macicy, przystawieniem 2—3 pijawek na części pochwowej,

a nie przez nakłucia. gdyż z macicy, zazwyczaj w tych przypadkach niedokrewnej, ilość krwi otrzymana przez nakłucie, byłaby za małą.

Mięsienie w przypadkach zapaleń polegających na ropnem zapaleniu trąbek, miewa skutek tak mało trwały, jak i inne sposoby leczenia niechirurgicznego.

Gniazda ropne, towarzyszące zapaleniom pochodzenia rzeżączkowego, okazują, jak wiadomo, o wiele mniejszą skłonność do wzrastania i ujawnienia się jako wybitne ropnie, lecz pozostają jako stałe bodźce, z których zapalenie się szerzy. W przeważnej też części przypadków, mamy tu do czynienia z ropnymi workami trąbek (*Pyosalpinx*) nie wykluczając możebności istnienia i śródotrzewnowych ropni. W tych zatem uporczywych przypadkach, w których leczenie objawowe zawodzi, leczenie doszczętne schodzi się zupełnie z leczeniem otoków trąbkowych. przez ich odjęcie czyli wycięcie. Czasem jednak i ten radykalny środek bywa nim tylko pozornie, gdyż zmiany poprzednio sprawione, i po odjęciu trąbek mogą być przyczyną dolegliwości, które obiecywany dobry wynik operacji niweczą.

Ze względu na te czasem wątpliwe wyniki uleczenia zapaleń i ropni otrzewnowych przez wycięcie trąbki, obmyślił Péan zupełnie odrębny sposób dostania się do ropni, przez wycięcie nieruchomej, otoczonej wypocinami i ropniami macicy, od pochwy. Podobnie jak wielkie włókniki macicy operuje Péan od pochwy przez kawałkowanie ich (patrz str. 346), postępuje i z macicą w ten sam sposób, a operację tę nazwał *Hysterotomie vaginale par morcellemens* lub niewłaściwie *Castratio uterina*.

Podług opisu który podał sam Péan na kongresie lekarskim w Berlinie (1890 r.), wykonywa on tę operację w następujący sposób. Naprzód okrawuje sklepienia pochwowe, podobnie jak to czynimy zawsze celem wycięcia macicy, poczem przecina otrzewną, i szyję macicy dokoła uwalnia od połączeń. Następnie za pomocą swoich „*Pinces hémostatiques*“ ujmuje oba więzy szerokie w całości, i poprzecznie rozcina szyję maciczną w całej jej długości, poczem każdą połowę szyi odcina jak najwyżej nożyczkami, a krwawiące brzegi odcięcia chwytą i uciska swemi kleszczami. W ten sam sposób rozcina następnie i ciało macicy i odejmuje go kawałkując, a części dna ewentualnie pozostawia. Utorowaną w ten sposób drogą albo mu się udaje odjąć trąbki i jajniki, lub otworzyć ropnie, którym wówczas zapewnia się dostateczne opróżnienie do pochwy.

Prócz Péana, najgorliwszymi zwolennikami tego sposobu są Segond<sup>1)</sup> w Paryżu, i Doyen w Reims. W Niemczech metoda Péana, pomimo świetnych wyników, podawanych przez wspomnianych francuzkich autorów, dotychczas się nie rozpowszechniła, a główną przyczynę, prócz tego, że metoda nie jest niemiecką, stanowi, jak się zdaje, konieczność mistrzowskiego użycia kleszczy hemostatycznych, czem właśnie słynie Péan, i ci, którzy sposobu jego z powodzeniem używają.

Landau<sup>2)</sup> użył z powodzeniem opisanej metody w jednym przypadku ropni miednicowych, i czyni trafne porównanie jej, z wycięciem żebra w ropnym otoku opłucny, a Sängner<sup>3)</sup> ścieśnia wskazania, do przypadków wielorakich ropnych przetok tkanki łącznej podotrzewnowej, połączonych z przebicciem się ropy do pochwy, odbytnicy i pęcherza moczowego, i do przypadków ropni, zależnych od otoku trąbkowego, jeżeli bakteriologiczne badanie ropy, otrzymanej przez próbne nakłucie, wykaże istnienie drobnoustrojów.

Vulliet<sup>4)</sup> uważa laparotomię i rozcięcie ropni od pochwy, wobec otoków trąbkowych tylko za ostateczność, i omija ją kilkurazowem opróżnieniem ropy przez nakłucia ropni od pochwy, w który to sposób miał 18 przypadków uleczyć, a ani jednego nie stracić. Julien<sup>5)</sup> zaś, podnosi sposób Laroyenne'a, polegający na opróżnieniu ropni przez nakłucie trójgrańcem od pochwy, i następnem rozszerzeniu kanału narzędziem, do litotomu podobnem.

## Zapalenie tkanki łącznej podotrzewnowej. Parametritis. Pelvicellulitis.

**Uwagi wstępne.** Podotrzewnowy przestwór miednicy, *Cavum pelvis subperitoneale v. Parametrium* (Fig. 128), zawiera części narządów małej miednicy niepokrytych otrzewną j. t.: dolną część odbytnicy, szyję maciczną, dolną, tylną część pęcherza moczowego, i górną część pochwy. Ponieważ z wymienionych narządów dwa, a mianowicie odbytnica i pęcherz moczowy ciągle zmieniają swą objętość, zatem narządy małej miednicy, wzajemnie sobie ustępują miejsca. Wszystkie też wolne przestwory pomiędzy narządami i naczyniami, wypełnia tkanka łączna, która w niektórych miejscach okazuje znaczącą zbitość.

1) *Reportoire univ. d'Obstetr. et de Gyn.* str. 60 i *Gazette méd. de Paris* 1892 Nr. 46. — 2) *Centralbl. f. Gyn.* 1892 str. 689—695. — 3) *Verhandl. des internat. gyn. Congresses zu Brüssel, Centralbl. f. Gyn.* 1892 Nr. 42. — 4) *Gaz. med. de Paris* 1892 Nr. 44. — 5) *Arch. de Toccol. et de Gyn. Paris* 1892.

Uwłóknienie tkanki łącznej podotrzewnowej, czyli przebieg jej części wiotszych i tęższych, było już przedmiotem ściślejszych badań Bichata i Henkego, które uzupełnione zostały przez Königa<sup>1)</sup>, Schlesingera<sup>2)</sup> i W. A. Freunda<sup>3)</sup>.

Freund, który badał uwłóknienie tkanki łącznej na licznych przecięciach, wykazał, że tworzy ona zbitszą masę, która jak pień ciągnie się z boków pochwy i macicy w górę, i okazuje trzy gałęzie, z których jedna idzie wzdłuż podstawy więzów szerokich, druga otacza pęcherz moczowy, a trzecia odbytnicę. Stósownie do tego stałego ułożenia pasm utkania zbitszego i wiotszego, i cieczy wstrzykiwane z różnych miejsc pod otrzewną miednicową, nie rozprzestrzeniają się w tkance łącznej w sposób czysto przypadkowy, lecz wzdłuż pewnych stałych dróg, których znajomość jest dlatego ważną, że i zapalenia szerzą się temi samymi drogami. Wyniki doświadczeń Schlesingera, dokonanych w tym kierunku, są, w ogólnym zarysie, następujące:

1. Ciecz, wstrzyknięta przez nakłucie przodkowej blaszki zewnętrznej części *ala vespertilionis*, szerzy się naprzód ku brzuszemu końcowi trąbki, następnie w boczną część więzu szerokiego, i zanim ta się dostatecznie wypełni, przekracza linię bezimienną kości biodrowej, i tu dzieli się na dwa ramiona, z których jedno przekracza mięsień *psaos* i na zewnątrz od więzu okrągłego, zdąża ku zewnętrznej części więzu Pouparta, gdy drugie ramię, po minięciu naczyń, szerzy się w tkance łącznej, otaczającej kışkę ślepą, a względnie w tkance łącznej krezki zagięcia esowatego, i stąd wzdłuż kışki w górę.

2. Ciecz wstrzyknięta przez otwór tylnej blaszki więzu szerokiego, w okolicy górnej części szyi macicznej, szerzy się naprzód wzdłuż podstawy więzu szerokiego, i podnosi jego tylną blaszkę i blaszkę fałdu Douglasa, tej samej strony, poczem dopiero szerzy się na zatokę biodrową, a stąd w tych samych kierunkach, co w pierwszym przypadku.

3. Ciecz wstrzyknięta przez otwór przodkowej blaszki więzu szerokiego, obok szyi macicznej, szerzy się w 3-ch kierunkach, a mianowicie: po wypełnieniu najbliższej okolicy, tworzy ona zaraz naciek na tylnej ścianie pęcherza moczowego pomiędzy nim a macicą, i rychło przekracza linię środkową; druga część, wzdłuż więzu okrągłego, zdąża ku kanałowi pachwinowemu, zaś trzecia część rozdziela od siebie blaszki więzu szerokiego, i podnosi otrzewną bocznej ściany miednicy.

**Przyczyny.** Podobnie zupełnie jak dla zapaleń otrzewny, tak i dla zapaleń tkanki łącznej podotrzewnowej, rozróżniamy bodźce wywołujące zapalenie dobrotliwe, czyli ograniczone, i bodźce wywołujące zapalenie szerzące się, którymi są drobnoustroje.

<sup>1)</sup> Ueber die Bedeutung der Spalträume des Bindegewebes für die Ausbreitung d. entzündl. Prozesse. Volkmann. Samml. klin. Vortr. Nr. 57. —

<sup>2)</sup> Med. Jahrb. der k. k. Ges. d. Aerzte in Wien 1878. Heft. 1—2. — <sup>3)</sup> Beitr. z. Geb. u. Gyn. T. 4. str. 85. Berlin.

Najważniejszą i prawie wyłączną przyczyną powstania tak formy dobrotliwej zapalenia, jakoteż i formy złośliwej czyli zakaźnej jest poród, który prócz tak licznych ranek w całym przewodzie rodnym, mogących służyć do zaszczepienia w nie drobnoustrojów chorobotwórczych, sprawia jeszcze naddarcia i przedarcia szyi i to niekiedy tak głębokie, że drążyć mogą w tkankę łączną aż pod samą otrzewną. Prócz naddarć i przedarć, wydarzają się też i rozległe czasem zmiany, pochodzące z długotrwałego ucisku główki płodu.

Jeżeli do tych zmian nie przybędzie zakażenie, lub jeżeli w nie co najwięcej dostaną się tylko zarodniki gnicia (*Fäulniskeime*), to sprawa kończy się zapaleniem ograniczonym. W przypadkach zaś zakażenia ranek, powstają zapalenia, których stopień i szerzenie się bywają prawie nieograniczone i zająć mogą całą tkankę łączną miednicową.

Zapalenie tkanki łącznej w większym obszarze, niepołogowego pochodzenia, wydarza się rzadko, a nawet niektórzy autorowie odrzucają inne niepołogowe przyczyny. Nieda się jednak zaprzeczyć, że zapalenie ścian trąbek, mianowicie ropne, z łatwością szerzy się na tkankę łączną pomiędzy blaszkami więzadeł szerokich, a w etyologii tych zapaleń chorobom trąbek, należy się drugie miejsce po sprawach połogowych.

Nierównie rzadziej jak zakażenie w czasie porodu, wywołują inne przyczyny zakaźną formę zapaleń tkanki łącznej np. operacje wykonywane na błonie śluzowej pochwy i na części pochwowej, lub w jamie macicy. Wydarza się jednak nieraz, że temi operacjami ponownie wzniecić można poprzednio istniejące zapalenie.

Wielkie znaczenie w zapaleniach powtarzających się, ma mieć podług *B a n d l a* przewłoczny niezbyt szyi macicznej, której ranki i nadżerki służyć mogą jako miejsca, z których zakażenie wydzieliną ropną, przy utrudnionym jej odpływie, szerzyć się ma drogą naczyń limfatycznych, na tkankę łączną otaczającą szyję maciczną. Tu zatem podobnie jak w przewłocznym zapaleniu szyi macicznej, odgrywa ważną rolę zakażenie rzerzączkowe.

Drogą nieprzerwanej łączności, może także zapalenie szerzyć się z tkanki łącznej, około kiszki ślepej (*Perityphlitis*), co się jednak rzadziej wydarza, a częściej sprawa się ma odwrotnie.

**Anatomia patologiczna.** W bardzo ostro przebiegających przypadkach zakażenia połogowego, w których, rychło następuje śmierć wśród objawów ogólnego zatrucia, znajdujemy tkankę

łączną przedotrzewnową surowiczo naciekłą i ciemno zabarwioną. Wybitniejsze zaś zmiany znajdują się w naczyniach limfatycznych i żylnych (*Lymphangitis, Metrophlebitis*).

W mniej ostrym przebiegu, pojawia się zawsze wypocina, która, wobec znacznej złośliwości bodźców wywołujących zapalenie, może szybko zamienić się w ropę lub posokę, i przejąc całą tkankę łączną we wszystkich kierunkach.

Podobnie jak to nadmieniliśmy w rozdziale o zapaleniach otrzewny, i tu obchodzą nas głównie te przypadki, których końcowym wynikiem bywają pozostałości zapalne (*Residua parametritidis*), zatem powstałe skutkiem zadziałania mniej złośliwego jadu.

W ostrym okresie, w początku choroby, tkanka łączna obrzękła, okazuje wejrzenie galaretowate, które się składa z drobnokomórkowego nacieku. Po krótkim trwaniu jednak, te pierwotne miękkie masy twardnieją, skutkiem wessania płynnej części wypociny. To postępujące stwardnienie, może z biegiem czasu utworzyć najtwardsze obrzęki jakie w ogóle znamy, które przy nacięciu nożem mogą okazywać chrzęszczenie.

Jakkolwiek siedzibą tych wypocinowych obrzęków może być każde miejsce tkanki łącznej podotrzewnowej, to jednak miejscem ulubionem, czyli typowem, bywa pierwotnie tkanka łączna u podstawy więzów szerokich. Rzadziej się wydarza, że obie blaszki więzu szerokiego w całej rozciągłości bywają rozdzielone wypociną (*Phlegmone lig. latī*), która wówczas sięga aż w kreskę trąbkową i jajnikową, na wewnątrz ściśle przylega do krawędzi macicy, a na zewnątrz do bocznej ściany miednicy i często przekracza linię bezimienną szerząc się na zatokę biodrową, a z niej w górę ku nerce i ku przodkowej ścianie brzusznej (patrz uwagi wstępne str. 594). Z więzadła szerokiego, częściowo lub całkowicie zajętego, jako głównej siedziby zapalenia, odchodzić mogą wypustki wypocinowe, i to najczęściej w boczne fałdy zatoki Douglasa, a stąd szerzyć się mogą aż w tkankę komórkowatą pomiędzy odbytnicą a pochwą. Nierównie rzadziej się wydarza, że wypocina podnosi otrzewną samej zatoki Douglasa poza szyją maciczną. Częściej znajdujemy wypocinę pomiędzy szyją maciczną a pęcherzem moczowym, a znów nierównie rzadziej w podotrzewnowej tkance łącznej pęcherza samego.

Nierzadko też znajdujemy twarde wypocinowe nacieki w tkance łącznej podotrzewnowej przodkowej ściany brzusznej, ostrym brzegiem od góry odgraniczone, które okazują albo nieprzerwany jeszcze

związek z naciekiem więzu szerokiego, lub związku tego już wykazać nie można, z powodu szybkiego wessania pierwotnego nacieku. Forma ta, uchodzi wówczas pod nazwą *Parametritis anterior*.

Zejścia tych zapalnych nacieków bywają trojaki, a mianowicie: albo wypocina ustaje zupełnie wessaną, lub większa jej część pozostaje stale niezmienną, albo też przechodzi w ropienie.

Nawet po zupełnem wessaniu wypociny, pozostają w tkance łącznej ślady, okazujące wszelkie histologiczne cechy blizny. Bardzo wybitnie to występuje w przypadkach porodowych naddarć lub przedarć szyi macicznej, które głęboko sięgać mogą w tkankę łączną. Tu zawsze powstaje silna blizna przyciągająca szyję maciczną ku swojej stronie, a to dobrotliwe, bez zakażenia przebiegające, urazowe zapalenie tkanki łącznej około szyi macicznej, bywa główną przyczyną wywinięcia się przedartych warg macicznych (*Ectropium*). W innych znów przypadkach, na zwłokach kobiet lub dziewcząt ślady przebytego zapalenia, rozpoznajemy tylko po braku przesuwalności otrzewny, szczególnie na szyi macicznej, z powodu zbliznowacenia podotrzewnowej tkanki łącznej.

Ropnie podotrzewnowe mogą powstać w każdym miejscu tkanki łącznej, a ropa ich może uleść zagęszczeniu i jako taka stale pozostać, lub po długim trwaniu uleść wessaniu, lub topienie się wypociny w ropę trwa dalej, dopóki nie utworzy się ropień torujący sobie drogę na zewnątrz.

Typowem miejscem przebicia ropni podotrzewnowych, bywa okolica pachwinowa ponad więzem Pouparta. Jeżeli zatem tu ropień przebija, to miejsce to świadczy o podotrzewnowej jego siedzibie. Wyjątkowo wielkie ropnie zatoki biodrowej, mogą się utworzyć i powyżej grzebienia kości biodrowej. Dla małych ognisk ropnych, podaje B a n d l jako częste miejsce przebicia, szczyt przedarcia szyi macicznej. Cechującym miejscem przebicia ropni podotrzewnowych, bywa także przez otwór siedzeniowy pod mięśnie pośladkowe (*mm. Glutaei*). Wkońcu ropnie te otwierają się także mogą podobnie jak ropnie śródtrzewnowe, do odbytnicy, pochwy, pęcherza moczowego, lub w kilku kierunkach.

**Objawy i przebieg.** Ostre zapalenie tkanki łącznej miednicowej rozpoczyna się objawami niczem się nie różniącymi od objawów zapalenia otrzewny miednicowej, i to tem bardziej, że zapalenie tej ostatniej prawie zawsze, w większym lub mniejszym stopniu, miewa udział w schorzeniu. Choroba rozpoczyna się dreszczem



lub bez dreszczu, gorączką i bólami w miednicy. Gorączka zazwyczaj idzie w parze z gwałtownością bólów, i łatwo dosięga 39°—40° a wyjątkowo i 41° C. Bóle nagle się pojawiające, promieniają od macicy w różnych kierunkach ku jednej lub drugiej stronie w górę, aż w okolicę krzyżową, lędźwiową i nerkową, na dół w jedno lub oba uda, a w rzadszych przypadkach pojawia się zaraz w początku choroby bolesne oddawanie moczu. Jeżeli zapalenie dotyczy przeważnie tkanki łącznej, to objawy początkowe nie bywają tak gwałtowne i niepokojące jak w zapaleniu otrzewny miednicowej, i zbywa tej wybitnej otrzewnowej dotkliwości i wzdęcia jakie cechują zapalenie otrzewny. Zagniatanie powłok brzusznych bywa zatem mniej bolesnem, tak, że dopiero ucisk wywarty na samą macicę, lub głębszy ucisk na części boczne, wywołuje silniejsze bóle. Jeżeli jednak wypocina szybko się szerzy ku okolicy pachwinowej, lub na zatokę biodrową, mogą bóle przybrać zupełnie cechy bólów otrzewnowych. Gorączka i bóle trwają w miarę stopnia zapalenia 3—8 dni, a nawet kilka tygodni, a po 2—4 dniach trwania choroby, występuje już obrzęk rozmaitej wielkości, dający się i przez powłoki brzuszne wysledzić, którego siedziba cechuje zapalenie o którym mówimy. Ciastowaty obrzęk zapalny, najczęściej, jak to wyżej wspomniano, miewa wybitnie boczną siedzibę w miejscu odpowiadającym więzowi szerokiemu macicy, a możebność łatwego wybadania go od powłok brzusznych, zawisłą jest od tego czy szerzy się w górę ku zatoce biodrowej i pachwinie, czy tylko ogranicza się do podstawy więzów szerokich i do fałdów Douglasa.

Przebieg bywa zupełnie takim jak w zapaleniach otrzewny miednicowej. Najpomyślniej przebiegające formy chorobowe, kończą się szybko wessaniem wypocin jeszcze nie stwardniałych; mniej pomyślnie przebiegające kończą się niezupełnem wessaniem wypocin stwardniałych, a najniepomyślniejsze przypadki są te, które mają przebieg przewłoczny z przystreми pogorszeniami, które trwają ciągle, wśród wytwarzania się wielkich wypocinowych mas, okazujących bardzo małą skłonność do wessania, lub dążność do zropienia.

Często miewamy do czynienia ze sprawami, których początek był tak mało wybitnym, iż go przeoczono. Chore w 1—3 miesiący po porodzie lub po poronieniu, skarżą się na brak sił, brak apetytu, lekkie dreszczyki i bóle w podbrzuszu, a badanie wykazuje istnienie twardych wypocinowych obrzęków w otoczeniu macicy, i to najczęściej w miejscu odpowiadającym przedarcu szyi. W takich przypad-

kach prawie zawsze wykazują wywiady, że w pierwszych dniach po-  
łogu była gorączka i bóle.

Prócz tej formy niewybitnego początku choroby, wydarza się o wiele częściej inna forma zapalenia ograniczającego się wyłącznie do tkanki łącznej fałdów Douglasa (*Parametritis posterior*), na którą szczególnie zwrócił uwagę Schultze. Powstaje ona po porodzie, lub i bez porodu a wydarza się i u dziewcząt, a źródłem tego zapalenia bywa, niezytowo zmieniona, okazująca braki przybłonka i ranki, błona śluzowa szyi macicznej. Sprawę tę, z powodu jej utajonego przebiegu, najczęściej rozpoznajemy dopiero ze skutków, które polegają na bliznowatym skurczeniu się i niepodatności tylnych więzów macicy, przez co górna część szyi macicznej bywa przysuniętą do kości krzyżowej, a ciało macicy leży pod znacznym kątem do niej nagięte (patrz Fg. 84, str. 243). Cierpienie zatem rozpoznajemy z tego wysokiego ustawienia części pochwowej, i z niemożności przysunięcia jej ku przodowi, przyczem dają się wyraźnie wy badać zgrubiałe, niepodatne i przy próbach pociągania, bolesne fałdy Douglasa.

Przypadki zapalenia tkanki łącznej podotrzewnowej z wybitnie ostrym początkiem, trwać mogą wśród polepszeń i pogorszeń całymi tygodniami i miesiącami. Po pozornem uśmierzeniu objawów, pojawia się znów gorączka i bóle, których umiejscowienie, wskazuje kierunek szerzenia się schorzenia, a w miarę wzrastania mas wypocinowych, pojawiają się i wybitne czynnościowe zбочenia narządów małej miednicy, j. t. pęcherza moczowego, odbytnicy, mięśnia lędźwiowego (*Psoas*) i biodrowego (*Iliacus*), objawiające się znacznymi bólami przy próbach ruchów, które tak się wzmagają, że udo coraz więcej bywa przyciaganem ku brzuchowi.

Siedziba, wielkość i kształt wytworzonych wypocin, bywają bardzo różnorodne. Często siedzibą bywają boczne części macicy tam, gdzie niezupełnie schodzą się blaszki więzów szerokich. Wypocina miewa tu często postać trójkątną, której podstawa przylega do macicy, a szczyt sięga w wiąz szeroki. Taka postać wypociny, powstaje podług B a n d l a po porodowym przedarcu szyi macicznej, a czasem po operacjach na części pochwowej. Ruchomość macicy, bywa wówczas znacznie zmniejszoną, lecz niezupełnie zniesioną, a przy jednostronnej siedzibie wypociny, bywa macica ku przeciwnej stronie wypchniętą.

Często wydarza się także, że obrzęk zapalny tworzy nie płaski naciek więzu szerokiego, lecz duży nieregularny guz wielkości 1—2

pięści (patrz fig. 131, str. 603) zupełnie ustalający macicę, lub też obrzęk w więzach szerokich bywa nieznacznym, a właściwa jego masa wypełnia płasko, lub wysklepia zatokę biodrową, lub wzdłuż więzu okrągłego zdąża ku pachwinie i przodkowej ścianie brzusznej.

Wkońcu wydarza się, że wypocina dokoła otacza szyję maciczną, a większa część miednicy jest jakby wylaną jednostajnie stwardniałą wypocinową masą. Macica zupełnie unieruchomiona, miewa wówczas zwykle niższe położenie, a sklepienia bywają twarde, naciekle i wyrównane, lub ku dołowi wypukłe. Od powłok brzusznych z łatwością wyczuć można nieregularne, płaskie, lub wysklepione wypociny bardzo znacznej twardości, na których tu i owdzie pojawiają się drobniejsze, guzkowate, rozmaitego kształtu wzniesienia.

Wytworzone guzy i nacieki wypocinowe, ulegają w dalszym przebiegu albo całkowicie wessaniu, lub pozostają niezmiennie całymi miesiącami, a nawet latami. I tu spotykamy się także z przypadkami gdzie bardzo znaczne zmiany anatomiczne pozostają w rażącym niesosunku do mało wybitnych dolegliwości.

Częstem zejściem połogowych zapaleń tkanki łącznej, bywa zropienie wypocin. Wielkie ropne ogniska wydarzają się najczęściej, gdy zropienie nastąpi wcześniej t. zn. wkrótce po powstaniu szczególnie połogowego zapalenia. Jeżeli zaś zropienie późno nastąpiło, to pojawia się zwykle w małych ogniskach.

O zropieniu świadczy długotrwała gorączka i cechujący przebieg. Czasem jednak objawy bywają tak mało wybitne, że dopiero przebicie się ropnia i opróżnienie ropy dowodzi jej istnienia.

Podobnie jak w ropniach otrzewnowych, może i w ropniach podotrzewnowych ropa uleść zagęszczeniu, i w tym stanie długo niezmiennie pozostawać, a w końcu uleść wessaniu, lub też bardzo jeszcze późno, przez powolne ropienie ścian, przebić się na zewnątrz. Rzadko się jednak wydarza aby ropienie nastąpiło w wypocinie, która, przez częściowe jej wessanie, już nie pozostaje w związku z macicą.

Jeżeli przebicie się ropy nie ma nastąpić w miejscu dla ropni podotrzewnowych cechującym, t. j. ponad więzem Pouparta, lecz do pochwy lub odbytnicy, to nigdy prawie badaniem nieda się wysledzić miejsce, znacznem wypukleniem i sprężystością lub chełbotaniem, cechujące ropień. Gdy zaś pęknięcie ropnia i wylanie się ropy nastąpiło, to prawie nigdy niemożna stwierdzić zmniejszenia się obrzę-

ków wypocinowych, gdyż ogniska ropne bywają, w stosunku do ilości wypociny, małemi.

Najkorzystniejszym miejscem przebicia się ropy, gdyż najprzystępniejszym leczeniu chirurgicznemu, jest ściana brzuszna, powyżej więzu Pouparta. Tu bowiem otworzony ropień, po 1—2 tygodniowym ropieniu, bywa zupełnie uleczonym. W przypadkach zaś przebicia się ropy do odbytnicy, pochwy (najczęściej w miejscu do którego dosięga porodowe przedarcie szyi, czyli w szczycie przedarcia (B a n d l)) lub do pęcherza moczowego, ropienie trwać może z przerwami miesiące a nawet lata całe. Najczęstszym wprawdzie zejściem ropni bywa względne uleczenie z pozostawieniem blizn i wypocin stwardniałych, lecz wydarzają się przypadki niekorzystnego przebiegu z utworzeniem się kilku ropnych ognisk w kilku kierunkach się otwierających, które długotrwałem ropieniem mogą wywołać ogólne wyniszczenie i choroby następowe szczególnie nerek, prowadzące do śmierci. Takie zejście może i bardzo późno dopiero nastąpić, gdyż po roku, a nawet po czterech latach trwania choroby (B a n d l).

W przypadkach wysoko, aż na zatokę biodrową sięgających ropni, do rychłego złego zejścia przyczynić się może sposoczenie ropnia wywołane sąsiedztwem kiszek.

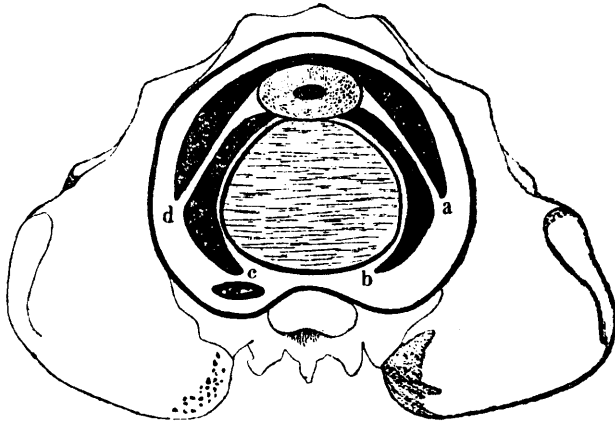
**Rozpoznanie.** W pierwszych dniach ostrego okresu połogowego zapalenia, nieda się rozstrzygnąć czy mamy do czynienia z zapaleniem tkanki łącznej, czy otrzewny miednicowej, tem bardziej że ta ostatnia prawie zawsze, w większym lub mniejszym stopniu, towarzyszy zapaleniu pierwszej. Tylko zatem w rzadszych przypadkach, gdy udział otrzewny jest bardzo nieznacznym, świadczy o zapaleniu tkanki łącznej brak cechującej dotkliwości podbrzusza (patrz str. 598) i znaczniejszego wzdęcia.

Rozpoznanie staje się dopiero pewniejszym co do choroby której objawy przeważają, po kilku dniach trwania, gdy wytworzy się obrzęk, którego siedziba rozstrzyga o pochodzeniu otrzewnowem lub podotrzewnowem.

O cechach samego obrzęku tyle da się powiedzieć, że wypociny podotrzewnowe rychło twardnieją. i tem samym rychło jako obrzęki stają się przystępne badaniu, gdy obrzęki zapalne śródtrzewnowe, dłużej pozostają miękkimi.

Jeżeli uwzględnimy tylko całkiem typowe przypadki zapalenia śródtrzewnowego i podotrzewnowego, to wówczas różnice pomiędzy

niemi okazały się bardzo wybitnie, co ilustrują Fig. 130 i 131. Na poziomym przecięciu miednicy, widzimy w Fig. 130 śródotrzewnową, w zatoce Douglasa umieszczoną wypocinę, która macicę wypiera ku przodowi. W Fig. 131. wypocina podotrzewnowa tworzy pomiędzy blaszkami więzów szerokiego, bocznie ułożony obrzęk, który macicę wypiera ku stronie przeciwnej, podobnie jak to czynią wszystkie obrzęki międzywzrostkowe.



(Fig. 130).

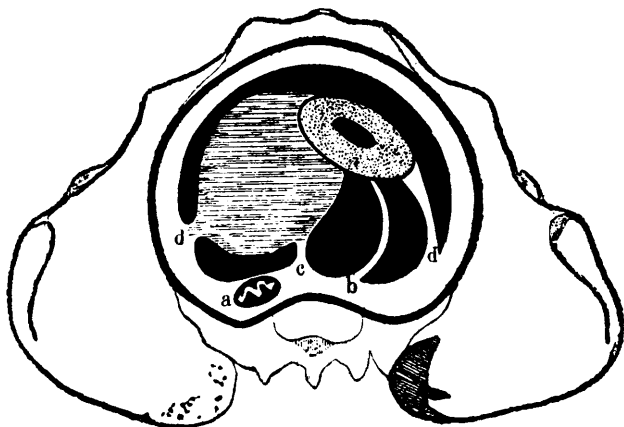
Wypocina śródotrzewnowa zamaciczna (podług Fritscha).

a. d. końce obu więzów szerokich, b. c. fałdy Douglasa a między nimi wypocina, która macicę przyciska do spojenia kości łonowych.

Dla wypocin zapalnych podotrzewnowych, bywa cechującym ich wybitnie boczne ułożenie i ściśle przyleganie do boku, czyli do krawędzi macicy. Ten ostatni objaw jest prawie patognomonicznym dla zapalnych obrzęków tkanki łącznej podotrzewnowej, a zawodzi tylko wówczas, gdy część wypociny, do boku macicy przylegająca, uległa szybko wessaniu, tak, że pozostaje tylko część obwodowa, czyli zewnętrzna, bez żadnego związku z macicą, lub, gdy wyjątkowo wypocina śródotrzewnowa, z powodu poprzedniego zlepiania się zatoki Douglasa, podobne zajmuje położenie.

Jak wiadomo, wypocina podotrzewnowa, wyjątkowo tylko tak podnosi otrzewną zatoki Douglasa, że może utworzyć obrzęk zamaciczny. Jeżeli wówczas da się badaniem stwierdzić ciągłość tego nacieku z naciekiem istniejącym z boku, w podstawie więzów szerokiego, to objaw ten przemawia za podotrzewnowym pochodzeniem wypo-

ciny. W końcu dodać należy, że wobec częstego, równoczesnego pojawiania się zapalenia otrzewny i tkanki łącznej miednicowej, w wielu przypadkach ściśle rozeznanie do jakiego zapalenia odnieść należy pewne zmiany, bywa niemożliwym. Nierzadko wydarzają się też przypadki, w których z cechującej siedziby wypociny rozpoznajemy zapalenie tkanki łącznej podotrzewnowej, a w dalszym przebiegu, po wessaniu wypociny podotrzewnowej, mamy do czynienia z pozostałościami zapalenia otrzewny.



(Fig. 131).

Wypocina podotrzewnowa w lewym więźadle szerokim (podług Fritscha).  
Litery oznaczają to samo co w Fig. 130.

W każdym razie bardzo ważnym czynnikiem rozeznawczym, są wywiady. Pamiętać bowiem należy, że zapalenie tkanki łącznej podotrzewnowej, bywa prawie zawsze pochodzenia połogowego, zatem powstaje po porodzie, lub poronieniu.

**Rokowanie** zależy od jakości, rozszerzenia sprawy i jej przebiegu. Przypadki łżejsze, z niezbyt obfitą wypociną, przebiegające z krótkotrwałą gorączką, okazujące skłonność do rychłego wessania, pozwalają dobrze rokować o zupełnem uleczeniu. Nawet w przypadkach, w których nastąpiło wczesne zropienie wypociny, może być czynność narządów małej miednicy nieupośledzoną, i może nastąpić ciąża, która reszty zapalnych pozostałości leczy.

Czyste zatem zapalenie tkanki łącznej podotrzewnowej, t. j. takie, w którym zapalenie otrzewny nie bierze wybitnego udziału, pozwala o wiele lepiej rokować, niż zapalenie otrzewny miednicowej.

Najgorszem bywa rokowanie w przypadkach wytworzenia się bardzo znacznych mas wypocinowych, okazujących bardzo małą skłonność do wessania, w których nastąpiło zagęszczenie ropy, lub późne zropienie, kilka razy się powtarzające.

**Leczenie** zapalenia tkanki łącznej podotrzewnowej, jest zupełnie takie samo, jak leczenie zapalenia otrzewny miednicowej (patrz str. 587 i następne) i polega w okresie ostrym na ograniczeniu sprawy, a w okresie przewłocznym, na przyspieszaniu wessania wypocin.

W przypadkach długotrwałej ropnej gorączki i znacznego obrzęku, należy przystąpić do otworzenia ropnia. Rozchodzi się tylko o to, czy czekać tak długo, dopóki miejsce, w którym ropa jest najdostępniejszą, nie ujawni się nad więzmem Pouparta lub w pochwie (co nawiasem mówiąc może bardzo długo trwać), czy też bez względu na to wykonać nacięcie w miejscu, w którym obrzęk jest najprzystępniejszym i tępem preparowaniem szukać gniazda ropnego. Jakkolwiek każdy przyzna, że ten ostatni sposób, ze względu na jedynie możebne usunięcie gniazda ropnego, jest o wiele lepszym, to w niektórych przypadkach, bywa trudnym do wykonania.

Jeżeli obrzęk wypocinowy jest najprzystępniejszy ponad więzmem Pouparta, to, po wykonaniu cięcia do tego więzu równoległego, i podwiązaniu tętnicy nadbrzuszej (*a. epigastrica*), którą łatwo tu można przeciąć, preparujemy warstwowo aż do obrzęku, poczem najlepiej wbić w niego sondę rowkowaną, a gdy ropa się pokaże, wsunąć obok sondy kleszczyki, i rozwierając je, tak otwór tępo rozszerzyć, aby w niego palec można wsunąć, i nim dokonać reszty rozszerzenia, a po opróżnieniu ropy, jamę ropnia wypełnić gazą jodoformową.

Jeżeli obrzęk jest przystępniejszy od sklepienia bocznego, wykonywamy w niem cięcie półkoliste, jak do obcięcia sklepień, i następnie tępo postępujemy palcem w głąb, lub w przypadkach wielorakich ropni, i wielkich wypocin, może być wskazany sposób przez Péana podany (patrz str. 592).

**Przewłoczne, postępujące zapalenie tkanki łącznej miednicowej z bliznowatym jej przeobrażeniem. Parametritis chronica atrophicans.**

Pod powyższą nazwą podał W. A. Freund zupełnie odrębną postać postępującego zapalenia tkanki łącznej miednicowej, którego

ostatecznym wynikiem nie jest wypocina zapalna, lecz bliznowate przeobrażenie prawie całej tkanki łącznej.

**Przyczyny.** Jako najczęstsze przyczyny, podaje W. A. Freund<sup>1)</sup> nadużycia płciowe, wywołane samogwałtem, za częstem lub niezupełnym spółkowaniem (*Coitus reservatus*); utratę soków z powodu długotrwałych biegunek, upław, krwotoków i obfitych potów; często po sobie następujące porody i karmienia; złe odżywianie się; znużenia umysłowe i cielesne, a w końcu zanik części płciowych i naczyń.

**Anatomia patologiczna.** Sprawa postępującego, przewłocznego zapalenia, rozpoczyna się zazwyczaj po stronie lewej na podstawie więzu szerokiego, i szerzy się naprzód przez fałdy Douglasa na tkankę łączną około odbytnicy, poczem zająć może całą tkankę łączną miednicową, a w przypadkach największego rozszerzenia się, może sięgać aż w tkankę podsurowiczą przodkowej i tylnej ściany brzusznej, a nawet w tkankę łączną krezek jelita grubego.

Zmiany właściwe temu cierpieniu, polegają na obfitem pomnożeniu, a następnie bliznowatym zaciąganiu się tkanki łącznej (*narbige Hyperplasie*) i to głównie w przebiegu żył i nerwów, z zanikiem tych ostatnich, jakoteż zwoju Frankenhäuserowskiego.

Jako bezpośrednie następstwo, pojawiają się: przekrwienia narządów małej miednicy, niezbyt błony śluzowej pęcherza i odbytnicy, zanik mięśni tych narządów, guzkowatość powierzchni macicy, zanik jej błony śluzowej i więzów okrągłych, załamania i zwężenia trąbek, bliznowaty zanik jajników zanik ścian pochwowych i zwężenie pochwy, zwiótczenie powłok brzusznych i rozszerzenie jelita grubego.

**Objawy.** Najwybitniejszym objawem tej choroby bywają bóle promieniujące od miejsc zanikiem zajętych, ku pośladkom, biodrom, wewnętrznej stronie ud, a nawet na ścianę brzuszną, piersi i szyję. Prócz tych bólów, bywa zwykle parcie na mocz i bolesne oddawanie moczu, początkowo bolesne, obfite miesiączkowanie, a w późniejszym przebiegu coraz skąpsze, aż do zupełnego ustania.

Ciąża, która w początku choroby jest możliwą, może dojść do prawidłowego kresu i dolegliwości usunąć, lecz w położu sprawa się znacznie pogarsza.

Objawy ogólne, stale towarzyszące temu cierpieniu, polegają, na nerwicach odruchowych w dziedzinie nerwów mózgowych, rdze-

<sup>1)</sup> *Monatschr. f. Geb.* T. 34. str. 389. *Verh. d. Rostocker Naturf. Vers.* 1871 str. 63 i *Gynaecol. Klinik.* Strassburg 1885.



niowych i współczulnych, zależnych od ucisku nerwów miednicowych i wzmagają się z biegiem choroby, aż do wytworzenia najwybitniejszego obrazu histeryi.

**Rozpoznanie** polega na wykazaniu wybitnej dotkliwości, w znacznym obszarze stwardniałej tkanki łącznej, unieruchomienia macicy i bolesności przy udzielanych jej ruchach.

**Rokowanie.** Podług Freunda rokowanie jest złe, gdyż przebieg można wprawdzie leczeniem opóźnić, lecz uleczyć cierpienia nie można. Schröder zaś twierdzi, że mniej rozwinięte przypadki chorobowe są uleczalne.

**Leczenie** polega na podniecaniu krążenia, zatem odżywienia utkania, przez ciepłe kąpiele nasiadowe, ciepłe okłady, gorące wstrzykiwania do pochwy i mięsienie ogólne i miejscowe. Jako środek ostateczny, poleca Freund naciągnięcie uciśniętych nerwów, przez rozciągnięcie w narkozie miejsc bliznowato niepodatnych i ustalenie części pochwowej, w położeniu przez naciągnięcie otrzymanem.

## **Wynaczynienia, czyli wybroczyny w jamę otrzewny i w tkankę łączną podotrzewną. Haemorrhagiae intra et extraperitoneales.**

**Krwistek zamaciczny. Haematocele retrouterina v. intra-peritonealis v. catamenialis.**

**Określenie choroby.** Podług definicyi podanej przez Nelatona<sup>1)</sup> (w r. 1851) rozumiemy przez krwistek zamaciczny wynaczynionkę, tworzącą w zatoce Douglasa pozamaciczny obrzęk, który sterczy głęboko w pochwę, wypycha macicę ku górze i ku przodowi, i powstaje w okresie miesięczkowym.

Jakkolwiek przed Nelatonem Pelletan (1810 r.), Récamier (1841 r.) i Bernutz (1848 r.) opisywali wynaczynienia w malej miednicy, to jednak zasługa ścisłego określenia typu klinicznego pod nazwą „*Haematocele retrouterina*“ jest niepodzielną jego zasługą.

Z powyżej podanej definicyi, która się do dziś dnia utrzymała, wynika, że nie każde wynaczynienie i nagromadzenie się krwi w jamie miednicy nazwiemy krwistkiem, lecz tylko takie, które wytworzy obrzęk posiadający wyżej podane cechy. Podobnie jak

<sup>1)</sup> *Des tumeurs sang. du pelvis. Gaz. des hôpitaux* 1851 Nr. 16.

wszelkie płyny, tak i wynaczyniona z jakiegokolwiek miejsca jamy brzusznej krew płynna, dostaje się do zatoki Douglasa jako najniższej części jamy brzusznej. Krew wolna i płynna, tu zebrana, zajmie tyle miejsca, na ile narządy miednicy małej dozwolą, ułoży się do poziomu właściwego płynom, lecz nie utworzy obrzęku, głęboko spychającego tylne sklepienie i wypychającego macicę ku przodowi i ku górze. Lecz nie tylko krew płynna, ale i skrzepła nie utworzy takiego obrzęku i różnić się będzie od płynnej tylko niezmiennością położenia.

Zapytajmy się zatem jakich potrzeba warunków, aby się wytworzył opisany obrzęk zamaciczny, którego treścią jest sama krew? Konieczne do tego warunki są dwa, a mianowicie: otorbienie wynaczynionki i przybywanie jej do miejsca otorbionego. Ostatni ten warunek wyklucza też jednorazowe krwawienie, gdyż, aby wynaczynionka utworzyła obrzęk opisany, musi krwawienie trwać, lub powtarzać się.

W ten tylko bowiem sposób może powstać obrzęk krwawy z takim ościennem ciśnieniem treści, że przybiera kształt owoidu, i jest w stanie macicę znacznie z jej położenia wypchać w górę i ku przodowi, czyli to uczynić, co czynią stałe obrzęki zajmujące zatokę Douglasa, lub otorbione i zwiększające się wypociny płynne. Gdyby krew wynaczyniona, pochodząca z jakiegokolwiek miejsca jamy brzusznej, dostawszy się do zatoki Douglasa, tu została otorbioną, to nie powstałby krwistek w naszym rozumieniu, gdyż do otorbionej wynaczynionki, nie mogłoby w dalszym ciągu przybywać krwawej treści i nie powstałby obrzęk o napiętych ścianach. To zatem, co krwistek zamaciczny czyni typową chorobą części płciowych, jest ten konieczny jeszcze warunek, aby źródło krwawienia istniało poniżej poziomu zlepów otorbających krwistek. Następuje to albo, jak to najczęściej bywa, przez krwawienie w przestwór poprzednio otorbiony, lub dopiero po wynaczynieniu następuje otorbienie wynaczynionki razem ze źródłem krwawienia. W tym ostatnim przypadku zmuszeni jesteśmy przypisać wybroczynie drażniące działanie na otrzewną, tak, że wywołuje ona jej zlepne zapalenie, prowadzące do otorbienia. Wprawdzie doświadczenia na królikach dokonane dowodzą, że wstrzyknięta w jamę otrzewny krew bez żadnego oddziaływania bywa wessaną (Fritsch), lecz, pomijając możebność innego zachowania się otrzewny ludzkiej, przypuszczaćby należało, że nie sama krew, lecz domieszki jej, mianowicie wydzielina

trąbek macicznych lub części jaja płodowego (jeżeli krwistek pochodzi z pęknięcia krwisteku trąbkowego, lub trąbki ciążarnej) tworzą dla otrzewny bodziec zapalny.

**Przyczyny** powstania krwisteku zamacicznego dzielimy na dalsze, przez które rozumiemy źródła krwawienia, i bliższe, czyli bezpośrednie, t. zn. krwawienie wywołujące.

Źródła krwawienia bywają różnorodne, lecz w pierwszym rzędzie wymienić należy: pozostałości i zmiany po przebytych zapaleniach otrzewny miednicowej, sprawy chorobowe jajników i ciążę pozamaciczną trąbkową.

Od chorych najczęściej dowiadujemy się, że już przez dłuższy czas przed pojawieniem się krwisteku zamacicznego, nie były zdrowe, i podają, że były raz lub kilka razy obłożnie chore na „zapalenie macicy“, (gdyż chore, a nawet często i lekarze, nazywają tak zapalenie otrzewny), lub też podają objawy, które dają się odnieść do pozostałości i skutków więcej przewłocznego przebiegu zapalenia, j. t. zaburzenia w miesiączkowaniu i bóle z błachych przyczyn występujące: od wielu zaś chorych dowiadujemy się, że już przez kilka lat nie rodziły, co pozwala przypuszczać, że zmiany, które są przyczyną nabytej niepłodności, są i dalszą przyczyną krwisteku.

Pozostałości po przebytych zapaleniach otrzewny, które poznaliśmy jako zlepy i błony wrzekome, nietylko dostarczają powstaniu krwisteku tego ważnego warunku, że stwarzają poprzednio już istniejący otorbiony przestwór, lecz najczęściej same bywają źródłem krwawienia w ten przestwór, i dlatego też w etyologii krwisteku zamacicznego zajmują pierwsze miejsce.

Dolbeau<sup>1)</sup> i Virchow<sup>2)</sup> zwracali już uwagę na analogię, jaka zachodzi pomiędzy obfitującymi w naczynia błonami wrzekomymi otrzewny miednicowej (*Peritonitis haemorrhagica*), a wybroczynowym zapaleniem twardówki mózgowej (*Pachymeningitis haemorrhagica*). Że do łatwego powstawania wybroczyn ze zlepow i błon wrzekomych konieczną jest niezwykle obfita ich waskularyzacja, lub skłonność do krwawień, polegająca na nieprawidłowej kruchości naczyń, dowodzi rzadkość krwisteku zamacicznego, w porównaniu z wielką częstotnością produktów zapalnych.

Z jajników może pochodzić znaczne krwawienie w dwojaki sposób: albo ze znacznieszego żyłaka powierzchni, który w czasie

<sup>1)</sup> *Gaz. des hôpitaux* 1860. — <sup>2)</sup> *Die krankh. Geschwülste* 1863.

nawału miesięcznego pęknie, lub też z pęcherzyka Graafowego, z którego wyjątkowo powstać może bardzo znaczna wybroczyna. Wyznaczenie następuje tu w czasie peryodu naprzód do pęcherzyka, z którego tworzy się torbiel krwawy, opróżniająca po pęknięciu swą treść do jamy otrzewny lub do otorbionego przestworu, i dalej broczący. Ponieważ najczęściej poprzednie sprawy zapalne otrzewny takie zmiany wywołują w utkaniu jajnika, które są przyczyną broczenia, więc i krwawienia z jajników odnieść można do skutków zapalenia, czyli przyczyny poprzednio wymienionej.

Ciąża zamaciczna trąbkowa (*Graviditas extrauterina tubaria*) z umieszczeniem jaja płodowego w brzuszny koniec trąbki, po pęknięciu, wytwarza obfitością wybroczyny i groźnymi objawami ogólnymi i miejscowymi, najwięcej typowy obraz krwisteku zamacicznego. Jak wiadomo, wydarza się ona częściej niż bywa przedmiotem rozpoznania i leczenia, i przebiegać może bez żadnych objawów. Podług Schrödera<sup>1)</sup> bywa też ona najczęstszą przyczyną krwisteku zamacicznego, a Veit podaje jej częstość w porównaniu z innymi przyczynami na 28%, gdy Zweifel<sup>2)</sup> w 27 przypadkach rozcięcia krwisteku od pochwy, cytuje 5 przypadków ściśle udowodnionego pochodzenia z ciąży zamacicznej, a w innych 41 nieoperowanych przypadkach, było dużo takich, w których tę przyczynę można było przyjąć.

Pęknięcie ciężarnej trąbki, jako przyczynę krwisteku zamacicznego, wówczas przypuszczamy, gdy przedtem 2—3 razy peryod się nie pojawił, a potem, i to w domniemanym okresie miesięczkowym, wśród groźnych objawów nastąpi wybroczyna, tworząca albo od razu obraz krwisteku, lub dopiero następowo.

Że jednak wszelkie dane mogą istnieć do przyjęcia poprzedzającej ciąży, a laparotomia, dokonana z powodu krwisteku, wcale ciąży trąbkowej, jako jego przyczyny, nie wykazuje, dowodzi przypadek podany przez Z w e i f l a<sup>3)</sup>.

Nigdy nie istnieją dwa główne warunki t. j. otorbienie i obfitość wynacznionki w takim stopniu jak w ciąży zamacicznej, której albo towarzyszą objawy ograniczonych zapaleń otrzewny, lub poprzednio już istniejące zlepy, załamania trąbek i t. d. bywają usposabiającą przyczyną do powstania ciąży trąbkowej. Nie wykluczając może

1) *Kritische Untersuchungen üb. die Diagn. der Haematocele retr.* Bonn 1866. — 2) l. c. str. 271. — 3) Tamże.

ności dopiero następowego otorbienia wybroczyny po pęknięciu ciężarnej trąbki w nieotorbioną jamę otrzewny, należałoby przypuszczać, że w przypadkach, w których chore nie giną z powodu krwotoku wewnętrznego, poprzednio już istniejące otorbienie i ucisk wywołany ciśnieniem ościennem, ogranicza ilość wynaczynionej krwi.

Z żyłakowo rozszerzonych żył więzów szerokich może także nastąpić wynaczynienie a w następstwie krwistek zamaciczny, lecz ta przyczyna należy do najrzadszych.

Spencer Wells podaje przypadek krwisteku, w którym źródłem dolegliwości w każdym okresie miesięczkowym, a w końcu źródłem krwawienia, była szypułka po owariotomii zawierająca trąbkę. Podobny przypadek z kliniki Spiegelberga podał Kroner.

Bezpośrednią, czyli najbliższą przyczyną powstania wynaczynienia, bywa w największej liczbie przypadków nawał miesięczny (*Fluxio menstrualis*), i z tego powodu już Nelaton nazywał krwistek *Haematocele catamenialis*.

Wobec wymienionych źródeł krwawienia, wszystko co wpływa na zwiększenie nawału miesięcznego, może się stać najbliższą przyczyną jego powstania. Tu przede wszystkim wymienić należy spółkowanie w czasie regularności, które w etyologii powstawania krwisteku zamacicznego, ważną odgrywa rolę. Voisin podaje w 10-ciu swoich przypadkach, tę przyczynę 7 razy. Chore podawały, że pierwszy gwałtowny ból, zapowiadający początek schorzenia, już w czasie spółkowania uczuły. Ten sam skutek miewają: nadmierne zmęczenie pracą fizyczną, tańcem i t. d. w czasie miesięczkowania. Następnie ważną rolę odgrywa zaziębienie, szczególnie nóg, przez stanie w zimnej wodzie. Długie, męczące siedzenie w czasie regularności, ma być także przyczyną zwiększonego nawału krwi, i dlatego, podług Voisina, szwaczki często na krwistek zapadają, którą to przyczynę mojem zdaniem, odnieśćby można raczej do zarażenia rzerzączkowego i jego skutków (przebytych zapaleń otrzewny).

Z tych wszystkich wymienionych powodów, bywa krwistek zamaciczny w przeważnej ilości przypadków chorobą klasy ubogiej.

Wiek w którym się najczęściej krwistek wydarza, pomiędzy 25 a 35-tym rokiem życia, jest wiekiem najżywszej czynności płciowej.

Bardzo rzadko wydarzać się ma, aby krwistek wystąpił u kobiety bezdziejnej, lub takiej, która nie roniła, gdyż sprawy położowe odgrywają największą rolę w powstawaniu zapaleń otrzewny miednicowej. Może też rzadkiemu zbiegowi okoliczności przypisać to

trzeba, że z 5-iu wybitnych przypadków krwisteków, które miałem w mojej praktyce, dwa wydarzyły się u młodych panien.

Na pytanie jak często zdarza się krwistek zamaciczny w porównaniu z innymi chorobami, możemy i bez danych statystycznych śmiało twierdzić, że należy do chorób rzadkich, gdyż i zejście się koniecznych do jego powstania warunków, bywa rzadkiem. Jeżeli zaś uciec się chcemy do wykazów statystycznych, to w nich spotkamy się z bardzo znacznymi różnicami podawanego stosunku częstości pojawiania się.

Różnice te polegają głównie na tem, czy za krwistek zamaciczny uważa się tylko całkiem wybitne przypadki, czy też i pozostałości czyli obrzęki wyczuwalne w zatoce Douglasa, które tylko na podstawie, często wątpliwych wywiadów, uważamy za pozostałości po krwisteku. Dlatego też Scanzoni podawał, że w 28 latach swej wielkiej praktyki widział tylko 8 przypadków krwisteku, a Bandl u 5000 chorych badanych, znalazł go tylko 4 razy = 0·08% lecz dodaje, że uwzględnił tylko bardzo wybitne przypadki, a niewybitnych, dających się z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść do byłego krwisteku, widział znaczną ilość. Löhlein podaje 0·4%. W przeciwieństwie do tych autorów, podają Seyfert 5%, a Olshausen 3·3%. Najbliższym prawdy zdaje się być stosunek podany przez Schrödera 7 : 1000 czyli 0·7%.

**Anatomia patologiczna.** Materiał do wyczerpującego poznania zmian anatomicznych krwisteku zamacicznego jest jeszcze skąpy, gdyż przypadki śmierci z krwisteku należą do rzadkości. Te wiadomości zaś które mamy, zawdzięczamy zestawionym przez Voisina i Schrödera kilkunastu protokołom sekeyjnym, dającym się w ten sposób streścić: We wszystkich przypadkach znajdowano różnego stopnia zmiany właściwe zapaleniu otrzewny miednicowej, które, sądząc po ściśłości zlepiń i obfitości błon wrzekomych, już przez dłuższy czas musiały istnieć. Zatoka Douglasa, była zamienioną w worek wielkości od pomarańczy do głowy dziecka, którego ściany utworzone były od dołu i z boków przez otrzewną zatoki Douglasa, z przodu przez tylną ścianę macicy i więzadła szerokie, z tyłu przez odbytnicę i esowate zagięcie (*Flexura sigmoidea*), a nakrycie jego tworzyły zlepione pomiędzy sobą i ze ścianami worka jelita cienkie, a czasem wobec bardzo wielkiego krwisteku i kiszka ślepa.

Treść worka, była stósownie do trwania krwisteku rozmaicie przeobrażoną wybroczyną, zatem składała się albo z krwi w maż

smołąką przeobrażonej, lub okazującej jeszcze wyraźnie skrzepy z przymieszką ropy lub posoki.

Wewnętrzne ściany worka nierówne, strzępiaste, pokryte tu i owdzie warstwami wypocinowych złogów, okazywały połączenia za pomocą licznych, w nitki wyciągniętych, błon wrzekomych.

Macica zawsze w mniejszym lub większym stopniu bywała wypchana ku przodowi i ku górze, tak, że część pochwowa ustawiona była na wysokości spojenia łonowego i do niego przysunięta.

Zmiany części dodatkowych, dotyczyły bardzo często jajników, gdyż na 15 przypadków 6 razy, i polegały na powiększeniu, naciekach, kruchości utkania, istnieniu ropni i torbieli krwawych. Równie często znajdowano trąbki zrosnięte, załamane, lub rozdęte ropą lub krwią, albo też znajdowano w nich takie zmiany, do których można było odnieść źródło krwawienia.

**Objawy i przebieg.** Objawy krwisteku zamacicznego bywają w niektórych przypadkach tak wybitne, że rozpoznanie samo się narzuca, gdy w innych przebiega krwistek z tak mało cechującymi objawami, że pomieszanie z innymi chorobami jest bardzo łatwym.

Bardzo wybitne przypadki przebiegają z objawami w trzech kierunkach nader cechującymi a mianowicie: 1. Znaczna i nagle występująca niedokrewność. U chorych, u których poprzednio bywały zaburzenia w miesiączkowaniu j. t. brak regularności przez 2—3 okresów miesiączkowych, tak, że one same przypisują to zajściu w ciążę, lub u których regularność pojawiała się nieokresowo i długo trwała, które przebywały sprawy zapalne w małej miednicy (*Perimetritis*) po ostatnim przebytych porodzie, występuje w okresie miesiączkowym nagle, bez zwiastunów, po jakimkolwiek błędzie dyetetycznym (spółkowaniu, tańcu, ciężkiej pracy, zaziębieniu) uczucie osłabienia, mdłości, zemdlenia, wybitna błądź powłok i ziębnienie kończyn. Nasilenie tych objawów zawisło od ilości wynaczynionej krwi i od szybkości z jaką wynaczynienie nastąpiło, tak, że wobec bardzo znacznej wynaczynionki, objawy niedokrewności mogą się wzmacniać aż do zapadu (bardzo szybkie ledwo wyczuwalne tętno lub brak tętna), gdy przy małych, powtarzających się krwawieniach, może objawów niedokrewności zupełnie zbywać.

Do opisanego stanu, rychło się przyłączają: 2. Objawy zapalenia otrzewny miednicowej, j. t. bardzo gwałtowne bóle w obrębie małej miednicy i podbrzusza, z cechą bólów kolkowych

lub porodowych z przerwami występujących. Wzdęcie, szczególnie dolnej części brzucha, bardzo znaczna bolesność dotykowa, nudności, a niekiedy i wymioty, uzupełniają obraz zapalenia otrzewny miednicowej.

Lecz i towarzyszące krwistekowi zapalenie otrzewny, może mieć od samego początku cechę zapalenia przewłocznego, bez ciężkich objawów początkowych, tak, iż chore nawet nie czują konieczności leżenia, a w przypadkach gdy krwawienie następuje do poprzednio otorbionego przestworu, może objawów zapalnych zupełnie nie być.

3. Objawy ucisku wywołane utworzonym obrzękiem na sąsiednie narządy j. t. na odbytnicę, pęcherz moczowy, naczynia i nerwy, w pierwszym tygodniu choroby najczęściej chorym dokuczają, jako parcie na stolec i bolesne wypróżnienia, ciągłe parcie na mocz, lub zupełne zatrzymanie moczu, bóle w dolnych kończynach i obrzmienie jednej, lub obu nóg.

Jeżeli objawy wymienione, jak to najczęściej bywa, pojawiają się w czasie trwania odpływu miesięcznego, to tenże zwykle nagle ustaje, aby po 2—3 dniach znowu obficie powrócić, poczem, jako krwawienia maciczne, przez dłuższy czas się przeciąga. Przerwanie regularności odnosimy do nagle występującego wynaczynienia (*Depletio*), a powrót jej i długie krwawienia, do ucisku t. j. do utrudnionego krążenia, lub też do odłuszczenia się i wydalenia błony doczesnej w przypadkach ciąży zamacicznej.

Streściwszy to co się powiedziało, uważamy, w przypadkach typowego krwisteku zamacicznego, objawy zapalenia otrzewny małej miednicy, dołączające się do objawów ostrej niedokrewności, pojawiającej się wśród okresu miesięczkowego lub tuż po nim, za cechujące.

Prawie zawsze towarzyszące objawy gorączkowe bywają wybitne, tak, że najczęściej, po kilku powtarzających się dreszczykach, ciepłota ciała podnosi się do 39° C. a rzadko wyżej, a tętno do 120 uderzeń na minutę.

W samym początku cierpienia, szczególnie wobec znacznych objawów ze strony otrzewny, nie da się, z powodu bolesności, stwierdzić cechujący obrzęk przez powłoki brzuszne. Dopiero po kilku dniach, gdy gwałtowność objawów się uśmierzyła i wzdęcie się zmniejszyło, można, wobec znacznego wynaczynienia, przez powłoki brzuszne wy badać we wchodzie miednicy, lub 2—4 palców ponad wehód sterzący obrzęk, zbaczający najczęściej ku stronie le-



wej (Schröder), którego zarysy nie bywają ostro ograniczone, lecz nieznacznie przechodzą w otoczenie. Przed tym obrzękiem, można w ułatwionych warunkach, wy badać niekiedy dno macicy.

W późniejszym przebiegu, z powodu zgrubienia ścian obrzęku, stają się jego granice wyraźniejszymi. Czem wyżej obrzęk sięga, zatem czem jest większy, tem łatwiej granice jego dają się wypukiem oznaczyć. Często jednak na obrzękach, których nakrycie tworzą zlepione kiszki, wypuk wydaje w dnie obrzęku odgłos bębenkowy.

Prawdziwie cechujące objawy można dopiero stwierdzić badaniem przez pochwę, w przypadkach świeższej daty. Czem później bowiem badamy, tem więcej cały obraz chorobowy wyda się zbliżonym do tego, jaki znajdujemy przy zapaleniach otrzewny miednicowej, a nawet tkanki łącznej podotrzewnowej. W świeżych zatem i wybitnych przypadkach natrafiamy palcem, niedaleko od wejścia pochwowego (na 2 członki palca mniej więcej) na sprężysty, rzadko chełboczący, zawsze nieruchomy obrzęk, wypuklający tylne sklepienie półkulisto ku dołowi, wybitnie pozamacicznie ułożony i szerzący się więcej ku jednej lub drugiej stronie. Uciskając go palcem, ma się czasem uczucie chrzęszczenia podobne do śniegu ściskanego w rękę, które pochodzi z rozniatania skrzepów krwi (Schröder).

Część pochwową macicy znajdujemy zawsze, w mniejszym lub większym stopniu, przysuniętą do spojenia kości łonowych, lub do nich przycisniętą, a czasem trudną do osiągnięcia palcem, z powodu bardzo znacznego wypchania macicy w górę.

Obrzęk rozpoczyna się od górnej granicy tylnej ściany szyi macicznej, co jest ważnem w odróżnieniu go od włókniaaka szyi zamacicznie ułożonego. Badanie oburęczne może tylko stwierdzić wielkość i tożsamość obrzęku wy badanego zewnątrznie z obrzękiem wy badanym przez pochwę i oznaczyć położenie dna macicy.

Zbitość obrzęku wy badanego w pochwie, ulega, z biegiem czasu, znacznym zmianom. Wessanie płynnej części wynaczynionki sprawia, że obrzęk pierwotnie sprężysty, staje się więcej ciastowatym, a częściej jeszcze się wydarza, że pewne części jego znajdujemy sprężyste, a inne twarde, niepodatne, lub też, że bruzdy dzielą obrzęk na osobne części, przez co tenże staje się guzowatym. Wydarzają się jednak krwisteki, zachowujące bardzo długo cechy obrzęku o płynnej treści. Z temi zmianami idzie w parze zmniejszanie się obrzęku i jego bolesności dotykowej.

Przebieg krwisteku najczęściej bywa pomyślny, zatem kończy się wyzdrowieniem, lecz bywa wybitnie przewłocznym, tak, że mijają tygodnie i miesiące, zanim reszty zmian, dających się wy badać, zupełnie ustąpią. Po uleczeniu zaś, następuje cały szereg dolegliwości odnoszących się do wypocinowych zlepow narządów i ucisku ze strony obrzęków zapalnych, objawiających się bólami, zaburzeniami w miesiączkowaniu i t. d.

Gwałtowność objawów i wspomniane skutki, czynią krwistek zamaciczny chorobą ciężką, która niekiedy w groźny sposób może nasuwać niebezpieczeństwo złego zakończenia się, a w rzadkich przypadkach może się zakończyć śmiercią.

Najczęstszem zejściem bywa jednak wessanie treści, t. j. wycieczki, która początkowo krzepnie, następnie utracą przez wessanie część płynną, a w końcu skrzepy rozplývają się w treść płynną, mazistą, wejrzenia smoły.

Zanim jednak wessanie na dobre się rozpocznie, występują w przebiegu krwisteku zamacicznego pogorszenia, odnoszące się albo do świeżych krwawień, lub do zaostrzenia towarzyszącej sprawy zapalnej. Szczególnie niebezpiecznym pod tym względem bywa najbliższy okres miesiączkowy.

Wessanie czasem bardzo szybko się odbywa, a w miarę tego obrzęk maleje i twardnieje, aż dojdzie do nieznacznej reszty, która później przez długi czas pozostaje niezmienną wielkości, lub też wessanie od samego początku leniwo postępuje, tak, że obrzęki całymi tygodniami lub dłużej nie okazują dążności do zmniejszenia się.

Drugi rodzaj zejścia obrzęku bywa przez zropienie worka, zamienienie się jego treści w ropę i pęknięcie najczęściej do odbytnicy, lub do pochwy, a najrzadziej w jamę otrzewny z zejściem śmiertelnem. W razie pęknięcia do odbytnicy, poprzedzają objawy właściwe pęknięciu ropni, (opisane na str. 579), a opróżniona treść ropnia z krwisteku powstałego, okazuje ropę pomieszana z mazią smołową. Skutki pęknięcia ropnia i dalszy przebieg nie różnią się niczem od tych, które opisaliśmy w rozdziale o zapaleniu otrzewny i jej ropniach.

**Rozpoznanie.** Jeżeli opisany, cechujący, zamaciczny obrzęk wytworzy się nagle lub w krótkim czasie śród gwałtownych objawów ostrej niedokrewności i zapalnego podrażnienia otrzewny, to rozpoznanie krwisteku zamacicznego nie ulega wątpliwości. Poprzednio zaś przebyte zapalenia okołomaciczne i dłuższy czas trwająca

nabyta niepłodność, upewniają jeszcze rozpoznanie. Gdy zaś przed pojawieniem się objawów, przez 2—3 okresów miesięczkowych, regularność się nie pojawiała, a krwistek utworzy się wśród bardzo gwałtownych objawów, to i bez konieczności udowodnienia błony doczesnej macicy, można śmiało przypuszczać, że przyczyną krwisteku jest pęknięcie ciężarnej trąbki.

Bardzo wybitne, uderzające całością obrazu przypadki krwisteku, wydarzają się jednak znacznie rzadziej, niż krwistek, w ogóle, tak, że w znacznej ilości przypadków rozpoznanie bywa mniej pewnem, i wacha się pomiędzy krwistekiem, a innymi stanami chorobowymi wytwarzającymi bardzo zbliżony do krwisteku obraz zmian.

W przypadkach zaś, których nie obserwowaliśmy od samego początku, wybitne cechy tak się zacierają, że w końcu mamy do czynienia z pozostałościami, które tylko, polegając na słabych często podstawach wywiadów, z prawdopodobieństwem do krwisteku odnieść możemy.

Najłatwiej pomieszać można krwistek z zapaleniem otrzewny miednicowej, które wytwarza obrzęk, położeniem, zachowaniem się i zmianą położenia macicy tak całkiem do krwisteku zbliżony, że często tylko nakłuciem próbnem można istotę jego wyjaśnić. Jeżeli wywiady z całą pewnością wykazują ostre powstanie wielkiego obrzęku i gwałtowne pojawienie się innych objawów w parze z ostrą niedokrewnością, to mamy wszystkie dane do rozpoznania krwisteku. W przebiegu zaś zachodzą te znaczne różnice, że krwistek zazwyczaj szybko się zmniejsza, gdy otorbiona, surowicza wypocina przez długi czas pozostaje niezmienną, a ropień otrzewnowy otwiera się do odbytnicy lub do pochwy. Cechy te jednak nie wystarczają w przypadkach, gdy do krwisteku, którego przebiegu nie śledziliśmy, przyłączy się zropienie.

Z odgięciem ciężarnej macicy (*retroflexio uteri gravidi*), pomieszać można krwistek zamaciczny w przypadkach, gdy sama chora, z powodu braku regularności podaje, że jest w ciąży. W przypadku takim rozstrzyga wybadanie w narkozie dna macicy, do przodkowej ściany brzusznej przysuniętego.

Ciąża pozamaciczna tworzy wprawdzie bardzo rzadko obrzęk w zatoce Douglasa, lecz gdy się wydarzy, może się podobnie zachowywać jak krwistek, tembardziej, że i wyniki wywiadów bywają czasem te same, a dla powolnego powiększania się obrzęku, które rozstrzyga za ciążą zamaciczną, nie mamy żadnych danych,

jeżeli poprzednio nie śledziłyśmy przebiegu. W tych przypadkach, znaczniejsze powiększenie macicy, przemawia za ciążą.

Małe torbiele jajnikowe i włókniaki uwięzione w zatoce Douglasa, wywołując zapalenie w sąsiedztwie, mogą wytworzyć obraz zupełnie do krwisteku podobny. O istocie rozstrzyga wówczas przebieg, lub próbne nakłucie.

Rozpoznanie źródła krwawienia czasem łatwe, bywa kiedy indziej zupełnie niepewnem. Łatwem bywa w przypadkach, w których wywiady, gwałtowność powstania, a szczególnie odejście błony doczesnej z macicy, wskazują niewątpliwie na pęknięcie ciężarnej trąbki. Jeżeli zaś wywiady wykazują poprzednie istnienie ostrego lub przewłocznego zapalenia otrzewny, wówczas przypuszczamy źródło krwawienia w naczyniach błon wrzekomych.

**Rokowanie.** Dawniej, gdy Nelaton i jego uczniowie zalecali zbyt czynne postępowanie w każdym przypadku krwisteku zamacicznego, mianowicie opróżnienie go za pomocą nakłucia lub nacięcia, wynosiła śmiertelność 20% (Voisin). Obecnie przy wyczekującym leczeniu, skierowanem przeciw samym objawom, i ściśłem oznaczeniu wskazań do postępowania operacyjnego, śmiertelność bardzo się zmniejszyła. C. Braun np. z 30 chorych ani jednej nie stracił. Jakkolwiek zatem rokowanie co do życia jest korzystnem, to jednak krwistek zamaciczny nie tylko jest ciężką chorobą wyczerpującą siły chorej, lecz i pozostałości po nim, ewentualna silna i długotrwała gorączka towarzysząca zropieniu, niekorzystne przebiecie się ropnia i t. d., sprawić mogą trwałe zmiany, i dlatego rokowanie o zupełnem uleczeniu zawsze jest wątpliwem.

**Leczenie.** W największej części przypadków krwisteku zamacicznego, wystarcza leczenie wyczekujące, t. j. czysto objawowe, które powinno być skierowane: 1. Do powstrzymania dalszego krwawienia; 2. Do szybkiego ograniczenia towarzyszącej sprawy zapalnej; 3. Do zmniejszenia bólów, i 4. Do przyspieszenia wessania wybroczyny i złogów zapalnych.

Pierwszym dwom wskazaniom zupełnie uczynimy zadość energicznem zastosowaniem zimna, w postaci worków lodowych, położonych na wilgotnym poczwórnym okładzie na podbrzusze, a działanie zimna można jeszcze znacznie powiększyć przez wsuwanie kawałeczków lodu do pochwy.

Do zmniejszenia bólów służą najlepiej mortina, makowiec i chlorał.

W razie zatrzymania moczu, należy najmniej dwa razy dziennie opróżniać pęcherz miękkim Nelatonowskim cewnikiem i dbać o wolny stolec za pomocą olejku rącznikowego, lub kalomelu.

W miarę tego, jak po kilku lub kilkunastu dniach wielkość obrzęku i sprawy zapalne już się znacznie zmniejszyły, stosujemy okłady ogrzewające, a później wszystkie na stronie 587 wymienione środki, w celu przyspieszenia wessania wybroczyny.

Chirurgiczne leczenie krwisteków. Pozornie zdawałoby się, że najprędzej do celu prowadzającym postępowaniem, w celu rychłego uleczenia krwisteku zamaciecznego, byłoby opróżnienie worka z wybroczyny za pomocą nakłucia, lub nacięcia. Gdy jednak Nelaton i jego uczniowie jak najgorsze mieli wyniki z takiego postępowania, gdyż większa część chorych skutkiem sposoczenia worka i posocznicy umarła, przekonano się, że dla największej części przypadków, leczenie wyczekujące czyli objawowe, jest najlepszem. Wydarzają się jednak przypadki, w których leczenie to jest albo niedostatecznym do uleczenia, lub w pewnych warunkach byłoby złem i z najgorszymi połączone następstwami. Leczenia chirurgicznego wymagają zatem:

1. Przypadki, w których znacznej wielkości obrzęk nietylko nie okazuje skłonności do zmniejszania się, lecz sprawia znaczne dolegliwości uciskiem na narządy małej miednicy.

2. Przypadki, których przebieg dowodzi zropienia lub sposoczenia worka wybroczynowego i jego treści.

Leczenie tych przypadków polega wówczas na otworzeniu krwisteku od pochwy w ten sam sposób, jak to wykonywamy wobec ropni otrzewnowych (patrz str. 590). Jamę, po opróżnieniu jej z treści, należy dokładnie przepłukać 2—3% wodą karbolową i albo dren założyć, lub wypełnić gazą jodoformową. Zweifel<sup>1)</sup> w tych przypadkach używa stałej irygacji jamy, lecz pomimo to z 4 chorych jedną utracił.

A. Martin<sup>2)</sup> pierwszy wykonał z powodu krwisteku zamaciecznego laparotomię i utracił z 3 chorych dwie. Pomimo tego złego wyniku operował jeszcze 4 razy tą drugą i wszystkie chore wyzdrowiały (Düvelius<sup>3)</sup>. Poleca on laparotomię w każdym przypadku krwisteku, w którym zachodzi podejrzenie, że powstał z ciąży za-

<sup>1)</sup> Arch. f. Gyn. T. XXII. — <sup>2)</sup> Tamże T. XVIII. str. 463. — <sup>3)</sup> Tamże T. XXIII. str. 107.

maciczej<sup>1)</sup>. Postępowanie takie jest bezwzględnie wskazanem wobec znacznego krwotoku nie w otorbioną przestrzeń, lecz do jamy brzusznej. Gdy jednak wybroczyna od samego początku pojawia się jako cechujący, napięty, a zatem otorbiony obrzęk, to w największej ilości przypadków pomimo pochodzenia z pęknięcia ciążarnej trąbki, przebiega pomyślnie.

### **Krwistek przedmaciczny. Haematocele anteuterina.**

Przez krwistek przedmaciczny rozumiemy taki sam krwawy obrzęk jaki tworzy krwistek zamaciczny, lecz umieszczony przed macicą, w zatoce pęcherzowo-maciczej (*Excavatio vesico-uterina*).

Wydarza się on bardzo rzadko, a utworzyć się może w trojaki sposób:

1. Jeżeli z powodu zlepiania tylnej ściany macicy z odbytnicą, zatoka Douglasa wcale nie istnieje, to ciśnienie śródbrzuszne sprawia takie pogłębienie zatoki pęcherzowo-maciczej, że kiszki w niej nisko leżą i zastępuje ona ten ubytek miejsca w małej miednicy, jaki powstał przez wykluczenie zatoki Douglasa. Przypadki powstałego w tem zagłębieniu krwisteku, podali Schröder i Trechsel<sup>2)</sup>.

2. Jeżeli zapalne otorbienie przestworu małej miednicy tak wysoko nastąpiło, że sięga ponad dnem macicy, aż do przodkowej ściany brzucha, to krew, w znacznej ilości do zatoki Douglasa wycieczona, wypełni i wspólnie otorbioną zatokę pęcherzowo-maciczną i wówczas krwistek przedmaciczny będzie właściwie przodkową częścią krwisteku okołomacicznego (*Haematocele periuterina*).

3. Najrzadziej wydarza się, aby krwistek przedmaciczny przy istniejącej zatoce Douglasa wytworzył się w poprzednio otorbionej samej zatoce pęcherzowo-maciczej, jak w przypadku (i. Brauna<sup>3)</sup>.

### **Krwiak podotrzewnowy. Haematoma subperitoneale.**

Przez krwiak podotrzewnowy rozumiemy wycieczenie w tkankę łączną podotrzewnową i to zwykle pomiędzy blaszki więzów szerokiego (*Haematoma lig. lati*).

<sup>1)</sup> *Path. u. Ther. d. Frauen-Krkh.* Wydanie III 1893. — <sup>2)</sup> *Correspondenzbl. f. schweiz. Aerzte.* 1875. Nr. 9. — <sup>3)</sup> *Wiener med. Wochenschr.* 1872. Nr. 22 i 23.

**Przyczyny.** Że krwinki podotrzewnowe wydarzają się i bez takich urazowych przyczyn, jakimi są przedarcia i ugnioty sprawione porodem, wykazał przed niespełna 20 laty dopiero Kuhn<sup>1)</sup>, a po nim A. Martin<sup>2)</sup>, Schlesinger<sup>3)</sup> Freund<sup>4)</sup>, Gusserow<sup>5)</sup> i Zweifel<sup>6)</sup>.

W większej części znanych przypadków nastąpiło wynacynienie skutkiem bodźców zwiększających przekrwienie miesięczne, zatem skutkiem znacznego zmęczenia, upadnięcia, uderzenia i nadużycia płciowego w czasie miesiączkowania. Źródłem krwawienia bywają zawsze obfite sploty żyłne podotrzewnowe, które prawdopodobnie tak samo, jak to często na kończynach dolnych widzimy, mogą utworzyć żylaki, okazujące znaczne ścieńczenie ścian. Czy jako przyczyny nie możnaby posądzać tętniaka tętnicy macicznej, którego bardzo rzadki przypadek okazał A. Mars<sup>7)</sup>, nie da się rozstrzygnąć, a przyjąłbym tę przyczynę w przypadku krwaka poporodowego z przebiegiem śmiertelnym, który obserwowałem wspólnie z Festenburgiem.

Ciąża zamaciczna trąbkowa miała być, podług Lawson Taita<sup>8)</sup>, więcej niż w połowie jego przypadków przyczyną i podotrzewnowego krwaka. Jeżeli ją za tak częstą przyczynę krwisteku zamacicznego uważamy, to równie częstą przyczyną musi ona być i dla krwaka podotrzewnowego, gdyż tylko od miejsca pęknięcia trąbki zależy, czy wynacynienie nastąpi w jamę otrzewny, czy pomiędzy obejmujące trąbkę blaszki więzła szerokiego.

**Anatomia patologiczna.** Krwiak podotrzewnowy więzła szerokiego rzadko dosięga znacznych rozmiarów, tak, że zazwyczaj nie przekracza wielkości pięści. Tworzy on obrzęk bocznie koło macicy ułożony, spychający czasem nisko boczne sklepienie ku dołowi, a macicę ku stronie przeciwnej, jeżeli jest jednostronnym. W przypadkach krwaka obustronnego, oba obrzęki zazwyczaj łączą się ze sobą przed, lub poza częścią szyi otoczoną tkanką łączną, co dowodzi, że powstały z jednego źródła, jakkolwiek ten sposób nie odpowiadałby drodze, jaką płyny wstrzyknięte w tkankę łączną zwykły się szerzyć (patrz str. 594). Bardzo znaczne wynacynionki przekro-

<sup>1)</sup> Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder Zürich, 1874. —

<sup>2)</sup> Zeitschrift. f. Geb. u. Gyn. T. VIII. i Düvelius l. c. str. 618. — <sup>3)</sup> Wiener med. Blätter 1884. Nr. 27—47. — <sup>4)</sup> Gyn. Klinik. Strassburg 1886. — <sup>5)</sup> Arch. f. Gyn. T. XXIX. — <sup>6)</sup> l. c. str. 618. — <sup>7)</sup> VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. 1880. — <sup>8)</sup> Centralbl. f. Gyn. 1889. Nr. 21.

czyć mogą granice więzu szerokiego we wszystkich kierunkach i podnieść otrzewną pęcherza moczowego i nawet kręgosłupa.

Krew wynaczyniona szybko krzepnie, zagęszcza się i potrzebuje dłuższego czasu do zupełnego wessania, lub też pewna część szybko wessaniu ulega, a reszta całymi miesiącami niezmiennie pozostaje.

**Objawy i przebieg.** W odróżnieniu od krwisteku zamaciernego, czyli wewnątrz-otrzewnego, powstaje krwiak u kobiet poprzednio zupełnie zdrowych, które zatem nie przebywały zapalnych spraw otrzewnowych lub podotrzewnowych.

Choroba rozpoczyna się nagle a czasem groźnie, gwałtownymi bólami w podbrzuszu, którym towarzyszy (stósownie do ilości nagle wynaczynionej krwi) uczucie mniejszego lub większego osłabienia, mdłości, lub zemdlenia. Bóle miewają cechę kolki brzusznej, lub (na co niektórzy autorowie nacisk kładą) bólów porodowych, a polegają na gwałtownem rozdzielaniu otrzewny od tkanki łącznej.

Badanie wykazuje obrzęk różnej wielkości, czasem sięgający ponad dno macicy bocznie do niej ułożony, wypełniający niekiedy jedną stronę miednicy, nieruchomy, ciastowaty, i przy dotykaniu bolesny, lub obustronny, i wówczas przed, lub poza macicą bezpośrednio z jednej strony na drugą przechodzący. Badanie przez odbytnicę, wykazuje możebność wymacania tylnej ściany macicy, czyli niezajętą obrzękiem zatokę Douglasa.

Dalszy przebieg zależnym jest od rozległości krwiaka, który powoli staje się obrzękiem coraz twardszym, a do zupełnego zniknięcia potrzebuje zazwyczaj 1—4 miesięcy, a czasem i więcej.

Śród pozornie dobrego przebiegu, może jednak nagle nastąpić pęknięcie krwiaka podotrzewnowego do jamy otrzewny, z przypadami zapadu, który może trwać aż do śmierci, lub też stan chorej po tym groźnym epizodzie znów się polepsza.

**Rozpoznanie.** Ze względu na zupełnie boczne ułożenie, możnaby pomieszać krwiaka macicznego z wypociną zapalną więzu szerokiego. Za krwiakiem przemawia poprzedni stan zupełnego zdrowia i nagłe powstanie, najczęściej po jakimś bodźcu w czasie miesiączkowania, i brak gorączki. Znaczne trudności w rozeznaniu tych spraw chorobowych, występują dopiero, gdy wywiady są niepewne, a cierpienie już przez dłuższy czas trwa.

Od krwisteku zamaciernego różni się krwiak podotrzewnowy bocznią siedzibą, brakiem bolesności w dalszym przebiegu. (gdy krwi-



stek bywa prawie ciągle bolesnym z powodu udziału otrzewny) i ściśnięciem odgraniczeniem od góry, a nierównościami i guzkowatością od dołu.

**Rokowanie** bywa prawie zawsze korzystnym, a przypadki groźnego przebiegu, z powodu bardzo znacznej ilości wybroczyny, lub z powodu pęknięcia obrzęku krwawego do jamy otrzewny, należą do wyjątków.

**Leczenie** objawowe i skierowane do wessania wybroczyny, tylko bardzo wyjątkowo może być niedostatecznym. W przypadkach zaś, w których pomimo takiego leczenia dolegliwości się wzmagają a stan ogólny chorych znacznie podupadał, A. Martin, Zweifel i Güsserow byli zmuszeni do opróżnienia krwiaka, które można skutecznie albo przez cięcie od pochwy, lub przez laparotomię. Zwolennikiem tego ostatniego sposobu jest szczególnie A. Martin który z 14-tu chorych tak operowanych utracił tylko jedną.

## Nowotwory więzów szerokich.

Przez nowotwory więzów szerokich rozumiemy takie obrzęki, które umieszczone pomiędzy blaszkami tych więzów, zatem podsurowiczno, czyli międzywięzadłowo, nie stoją w związku z narządami sąsiednimi j. t. macicą, trąbką i jajnikiem. Takie określenie jest ważnem do odróżnienia nowotworów od wymienionych narządów pochodzących, a rozwijających się międzywięzadłowo.

### Torbiele więzu szerokiego.

Torbiele więzu szerokiego wydarzają się względnie najczęściej, a pochodzenie ich odnosimy albo do rurek przyjajnika, lub do ciała Wolfa, którego płciowa część (*Pars sexualis*) znajduje się pomiędzy blaszkami więzadeł szerokich, blisko macicy, w postaci wążkich, przybłonkiem wyścielonych rureczek (Waldeyer). Torbiele te zwykle małych rozmiarów, a wyjątkowo wzrastające do rozmiarów znacznych, dają się łatwo wyłuszczyć z otrzewnowego otoczenia, posiadają ścianę cienką, wysłaną wewnątrz przybłonkiem wałeczkowym lub migawkowym, treść jasną, wodnistą, niezawierającą białka i mogą zupełnie nie wzrastać, czyli uleczyć się po jednorazowym opróżnieniu

treści przez nakłucie, lub przez pęknięcie do jamy brzusznej. Gdy zatem nakłucie wykaże opisane zachowanie się treści torbiela podsurowiczego, należy je zupełnie opróżnić. W razie zaś wzrastania do znaczniejszych rozmiarów, należy wykonać owariotomię, która pomimo podsurowiczego rozwoju tych obrzęków, bywa ułatwioną możebnością zupełnego wyłuszczenia ich bez przedarcia otrzewny.

### **Włókniaki więzu szerokiego.**

Włókniaki i mięśniowłókniaki które znajdujemy, bez związku z innymi narządami, pomiędzy blaszkami więzu szerokiego, mogą i od macicy pochodzić, jeżeli z jej boku wzrastały pomiędzy blaszki więzadła, i uszypułkowały się, a w końcu utraciły ten związek z macicą przez zanik szypułki. Mogą one jednak powstać i samoistnie tem bardziej, że więzadła szerokie zawierają tkankę łączną, i włókna mięsne macicy (patrz str. 570). Od włókniaków macicy, czasem niczem się one nie różnią, a kiedyindziej różnica ta w dwóch kierunkach bywa bardzo wybitną a mianowicie, tworzyć one mogą obrzęki niezwykle miękkie, tak, że zbitość ich wcale nie odpowiada zwykłym włókniakom, i mogą wzrastać w sposób cechujący ich siedzibę w tkance łącznej, gdyż przeważnie w kierunku przebiegu pochwy, więzu okrągłego, lub w otwór siedzeniowy. W pierwszym przypadku, wypuklając ścianę pochwy, mogą sięgać aż do wyjścia pochwowego lub w wargę sromową, w drugim zaś mogą się pojawić w kanale pachwinowym, a w trzecim, mogą tworzyć znaczny obrzęk wzrastający zewnątrz miednicy, pod mięśniami pośladowymi. Wskazania lecznicze, mianowicie do usunięcia ich przez myomotomię, są te same co dla innych włókniaków, a operacya może przedstawiać wielkie trudności wyłuszczenia.

### **Bąblowiec. Echinococcus.**

Bąbłowiec może się utworzyć w każdej części tkanki łącznej miednicowej, i nie należy do zbyt rzadkich wydarzeń. Przypadki bowiem w których obrzęk bąblowcowy tworzył przeszkodę porodową, są względnie dość liczne. Przy znacznem wzrastaniu może obrzęk pęknąć, i wypróżnić cechującą bąblowiec treść pęcherzykową do odbytnicy, pochwy lub pęcherza moczowego.

**Rozpoznanie** też pewne jest tylko możebne, gdy bąblowiec albo sam się opróżni, lub gdy treść obrzęku otrzymamy przez nakłucie. W innych przypadkach możemy się domyślać że obrzęk znaleziony pochodzi z bąblowca, jeżeli znajduje się pomiędzy macicą a odbytnicą, i okazuje bardzo znaczne napięcie cienkich ścian (Schröder).

**Leczenie** polega na usunięciu całego worka bąblowcowego przez wyłuszczenie go po laparotomii, lub nacięciu od pochwy, opróżnieniu i zniszczeniu torebki.

## Dodatek.

Do stronicy 271 należy następujący ustęp przy składaniu opuszczony:

Ze wszystkich sposobów, operacyjnego leczenia odgięcia nieustalonej zlepami macicy, najwięcej wszedł w użycie sposób Mackenrodta (*Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, T. XXIV i *Deutsche med. Zeitschr.* 1892 Nr. 2). Na 1—1½ cm. od ujścia cewki moczowej, wykonujemy cięcie w środku przodkowej ściany pochwy, sięgające aż do części pochwowej, poczem oddzielamy pęcherz moczowy od pochwy i szyi macicznej jak najwyżej, i zabezpieczamy jego wysokie położenie kilku szwami katgutowymi ściągającymi jego podstawę. Następnie wkłuwamy igłę, nawleczoną jedwabiem, lub fil de Florence lub drutem srebrnym, w lewy brzeg cięcia pochwowego, w przodkową ścianę ciała macicy (a względnie górnej części szyi) i wykłuwamy w prawym brzegu cięcia pochwowego. Po założeniu 2—3 takich szwów i związaniu ich, ciało macicy bywa silnie do przodkowej ściany pochwy przytwierdzone, a resztę rany zeszywamy katgutem lub jedwabiem.

KONIEC.

## SKOROWIDZ TREŚCI.

- A**bscessus ovarii 493.  
Adenoma uteri 40, 423.  
Aftergrube 45.  
Allongement opératoire 344.  
Amenorrhoea 440.  
Ampułka pochwowa 275.  
Amputatio — clitoridis 51 — labior. minor. 51 — portionis vaginalis 165, 166, 171, 195 — carcinomatosae 389, 390 — port. supravaginal. 289, 390 — uteri invers. 304, partialis 350 — supravaginalis 351.  
Amputacja patrz Amputatio.  
Androgynia 49.  
Angiomyoma 310.  
Angiosarcoma plexiforme 417.  
Anteflexio uteri 236, 242.  
Antepositio uteri 272.  
Anteversio uteri 19, 23, 239.  
Anus perinealis 47.  
Anus praeternaturalis 135.  
Apoplexia follicularis 490.  
Ascites 12, 522.  
Atheroma vulvae 67.  
Atresia ani vaginalis 46, 47 — colli uteri 151 — hymenalis 89, 90 — tubarum 464 — vaginae acquisita 10, 100 — congenita 88 — lateralis 95 — vulvae congenita 45
- Atrophia ovariorum 172 — uteri ex lactatione 173 — senilis 172 — excentrica 173 vaginae 172 — vulvae 172.  
Auscultatio abdominis 13, 525,  
**B**ąbłowiec 623.  
Badanie — bolesności błony śluzowej macicy 211 — brzucha 7 — części dodatkowych macicy 19 — ginekologiczne 1 — oburęczne 18 — palcem 14 — przez cewkę moczową 39 — przez odbytnicę 37 — przez pochwę 14 — słuchem 13 — sondą maciczną 27 — sromu 14 — sutków 13 — utrudnione 11, 21 — wewnętrzne 14 — wymierzaniem 13 — wypukiem 12 — wzornikiem 21 — wzrokiem 7 — zewnętrznym 7.  
Bezgnilne postępowanie w badaniu 40.  
Błazkownica 32.  
Blumenkohlgewächs 426.  
Blutfollikel 435.  
Błona doczesna miesięczkowa 209, 450. — dziewicza 43, 88, 99 — śluzowa jamy macicy 198 — pochwy 101 — szyi macicy 199 — trąbek 455.  
Błonicowe zapalenie pochwy 108.  
Ból — międzymiesięczkowy 449 — ogoź-

- ny 84 — otrzewnowy 578 — pochwowowy 136 — rakowy 379.
- Bolesne miesiączkowanie 157.
- Bolesności błony śluzowej macicy 29.
- Bougies 213.
- Brak — cewki moczowej 47, 48 — jajników 485 — macicy 141 — miesiączki 440 — pochwy 88 — sromu 425 — trąbek 457.
- Brodawczak — części pochwowej 425, włókniający 426.
- Brodawkowe bujania sromu 65.
- Cancer aquaticus 55.
- Capillardrainage 350.
- Carcinoma — ovarior. 561 — tubarum 482 — uteri 370 — colli 371 — corporis 408 — vaginae 114 — vulvae 69.
- Carunculae urethrales 66.
- Castratio patrz Trzebienie.
- Catarrhus patrz Nieżyt.
- Cauliflower excrescence 426.
- Cauterisatio patrz Przyżeganie.
- Cavum pelvis peritoneale 570 — subperitoneale 570, 593,
- Chełbotanie 524.
- Charłactwo rakowe 381.
- Choroby — jajników 483 — macicy 140 — otrzewny 569 — pochwy 86 — sromu 43 — tkanki łącznej miednicy 593 — trąbek 455 — więzadeł okrągłych 565 — 622.
- Chrzęstniak łechtaczki 69.
- Ciała jamiste 48.
- Ciało żółte 431.
- Ciąża przy raku macicy 408 — torbielach jajnikowych 541 — włókniających 363 — zamaciczna 473, 609.
- Cięcie próbne powłok brzusznych 534.
- Cirrhosis ovarii 493.
- Ciśnienie śródbrzuszne 3, 4.
- Climacterium 436.
- Clitoridectomy 51.
- Cloaca 44, 86.
- Coccygodynia 84.
- Colloidstoff 505.
- Colostrum 14.
- Colpitis 101 — adhaesiva 102 — catarrhalis 101 — crouposa 108 — diptheritica 108 — emphysematosa 104 — exfoliativa 105 — granularis 103 — gummosa 105 — herpetica 105 — mycotica 108 — simplex 103 — vetularum 103, 104.
- Colpohyperplasia cystica 104.
- Colpohysterectomy 392.
- Colpokleisis 132.
- Colpomyotomia 346 — par morcellements 346.
- Colpoperineorrhaphia 291.
- Colporrhaphia — anterior 290. — posterior 291.
- Combinirte Untersuchung 18.
- Condylomata accuminata 65.
- Congestio menstrualis 430.
- Conische Vaginalportion 156.
- Contactinfection 377, 411.
- Corpora cavernosa clitoridis 48.
- Corpus luteum 431.
- Crayon 213.
- Curette 218.
- Curettement 217.
- Cystes — coloides 502 — corporis lutei 502 — dermoidales 509 — ligam. latii 622 — multiloculares 502 — ovarii 498 — parovariales 511 — sanguinolentae 490 — tubo — ovariales 514 — uniloculares 501 — vaginae 111 — vulvae 66.
- Cystocele vaginalis 278.
- Część nadpochwowa szyi macicznej 168, 279, — pochwowa macicy 168. — średnia 168, 279.
- Decidua menstrualis 209.
- Defectus patrz Brak.
- Depressio fundi uteri 297.
- Dermatitis vulvae 53.
- Descensus ovariorum 487 — uteri 274.
- Deviationes uteri 235.
- Dilatatores patrz Rozszerzadła.
- Discissio colli uteri 162
- Dławcowe zapalenie pochwy 108.

- Długość jamy macicy 28.  
 Dojrzałość płciowa 428.  
 Drobnotorbielowe zwyrodnienie 495.  
 Dyetetyka miesięczki 439.  
 Dysmenorrhoea 447 — mechanica 158 — membranacea 450.  
**E**chinococcus 623.  
 Ecraseur 369.  
 Etropium 24, 132, 222, 225, 228, 233.  
 Elevatio uteri 272.  
 Elektryczność przy włókniakach macicy 332.  
 Elephantiasis vulvae 55, 62.  
 Eliminatio fibrom. spontanea 69.  
 Elongatio port. vaginal. 168.  
 Elythritus 101.  
 Enchondroma clitoridis 69.  
 Endometritis 198. — acuta 199 — atrophicans 204, 208 — chronica 201, cervicis 221 — corporis uteri 202 — decidualis 208 — dysmenorrhoeica 207, 212 — ectatica 208 — exfoliativa 209 — fungosa 208, 212 — glandularis 204 — haemorrhagica 212 — hyperplastica 203, 208, 212 — interstitialis 204.  
 Endothelioma — intravasculare 509, lymphaticum 509.  
 Enucleatio fibromatis — abdominalis 360 — vaginalis 341.  
 Episiorrhaphia 74.  
 Epispadiasis 47, 48.  
 Epithelioma mucoides 502.  
 Erosio 24, 222 — follicularis 224, 227 papillaris 223, 227 — simplex 223.  
 Erysipelas 56.  
 Erythema 53.  
 Etagennaht 80.  
 Excisio colli alta 289.  
 Excohleatio patrz Wyłyżeczowanie.  
 Extirpatio uteri adbominalis 391 — parasacralis 402 — perinealis 402 — vaginalis 392.  
 Extraperitoneale Stielbehandlung 354.  
 Extrophia vesicae 48.  
**F**ibrinpepton 505  
 Fibroma cervicis uteri 317 — interstitiale 316 — intraligamentare 317, 358 — ligam. lati 623 — ligam. rotundi 567 — ovarii 558 — submucosum 315 — subperitoneale 314 — telangiectodes 310, 312. — tubae 481 — uteri 307 — vaginae 113 — vulvae 68.  
 Fibrosarcoma uteri 417.  
 Fissura ani 138 — urethrae 39.  
 Fistulae — ileo vaginales 135 — stercorales 133 — vaginae 118 — rectovaginales 133 — urethro — vaginales 120 — urinariae 118.  
 Fistulorrhaphia 125.  
 Fixatio uteri vaginalis 271, 624.  
 Flexibilitas uteri 239.  
 Flimmerepithel Kystom 507.  
 Fluctuatio patrz Chejbotanie.  
 Fluxio menstrualis 430.  
 Folliculi 422.  
 Folliculitis 52.  
 Fungositates uteri 423.  
 Furunculosis vulvae 52.  
**G**ąbka prasowana 31.  
 Gałki pochwowe 193.  
 Gangrena vulvae 55,  
 Giętkość macicy 239.  
 Glandulae patrz Gruczoły.  
 Glans 44.  
 Globuli vaginales 193.  
 Granula 105.  
 Granularatrophie 493.  
 Granulatio port. vagin. 223.  
 Graviditas extrauterina 473, 609.  
 Grubość ścian macicy 28.  
 Gruzolak macicy 411, 423.  
 Gruczoły Bartoliniego 43 — jamy macicy 198 — pochwy 101 — szyi macicznej 199 — trąbek 457 — zaśląkane 101.  
 Gruźlica jajników 498 — macicy 233 — pochwy 110 — sromu 58 — trąbek 479.

- Grzybica pochwy 108.  
 Guziczek płciowy 44.  
**H**aczyk Simsa 163.  
 Haematocoele anteuterina 619 — pe-  
 riuterina 619 — retrouterina 606,  
 Haematoma ligam. lati 619 — ovarii  
 490 — subperitoneale 619 — vulvae 56.  
 Haematocolpos 90 — lateralis 96 —  
 Haematometra 152 — lateral. 155.  
 Haematosalpinx 466, 470.  
 Haemorrhagia — follicularis 490 —  
 interstitialis ovarii 490.  
 Hermaphroditismus 49 — masculi-  
 nus 142.  
 Hernia ovarialis 50, 486 — uteri 305  
 — vaginalis 111 — vulvae 60.  
 Hydrocele feminae 61, 566 — lig.  
 rotundi 61, 566 —  
 Hydrometra 153.  
 Hydronephrosis 533.  
 Hydrops folliculi Graafi 501 — ovarii  
 profluens 515 — tubae 465 — pro-  
 fluens 467, 470.  
 Hydrorrhoea 418.  
 Hydrosalpinx 465, 469.  
 Hygroma vaginae 112.  
 Hymen 43, 88, 99.  
 Hyperaesthesia peritoneae 584 — uteri  
 448.  
 Hyperplasia follicularis labii uteri 423.  
 Hypertrophia patrz Przerost  
 Hypospadiasis 47, 48, 50.  
 Hysterectomy 390 — abdominalis  
 391 — parasacralis 402 — perinealis  
 402 — vaginalis 392.  
 Hysterocele 305.  
 Hysterokleisis 131.  
 Hysterofory 286.  
 Hysterorhaphia abdominalis anter-  
 ior 269 — posterior 270.  
 Hysterostomat 161.  
 Hysterostomatoma 162.  
**I**mpfmetastasen 411.  
 Incarceratio fibromatis 319.  
 Incisio explorativa 534, 535.  
 Insufficiencia vulvae 73,  
 Intermenstrualschmerz 187,  
 Intraperitoneale Stielbehand-  
 lung 353.  
 Inversio uteri 295, — vaginae 274.  
 Istota miesiączkowania 428.  
**J**ajeczkowanie 430, 431.  
 Jajniki 483 — dodatkowe 486 — nad-  
 liczbowe 485 — szczątkowe 485.  
**K**aszak 67.  
 Klamra Chersona 291 — Hutchin-  
 sona 539 — Rosenthala 291,  
 Kleincystöse Degeneration 495,  
 501.  
 Kleszczyki — Luera 163 — Mu-  
 seux'a 163.  
 Kloaka 44, 86.  
 Kłykciny kończyste 65.  
 Kolpeurynter 303.  
 Kraurosis vulvae 58.  
 Krążki pochwowe 260 — założenie  
 ich 263.  
 Krwiak patrz Haematoma.  
 Krwistek — maciczny 152, 155. —  
 pochwowy 90, 96 — przedmaciczny  
 619 — trąbkowy 90, 466, 470 —  
 zamaciczny 606.  
 Krwotoki miesięczne 445 — po myo-  
 motomii 362 — po ovariomotomii 554.  
 Kule Bozemana 126.  
 Kystoma 498, 502 — mucoides 502 —  
 glandulare proliferum 502 — papil-  
 lare proliferum 507.  
**L**aminaria 32.  
 Lactations Atrophie 173, 183.  
 Laparohysterectomy 391.  
 Lateroflexio uteri 272.  
 Lateroversio uteri 272.  
 Leptotrix vaginalis 108.  
 Lipoma — tubarum 481 — vulvae 67.  
 Liszaj żrący sromu 58.  
 Lupus vulvae 58.  
**Ł**yzeczki ostre 218.  
**Ł**yzki Simona 26 — Simsa 26.  
**M**acica — błoniasta 148 — dwukomo-  
 rowa 147 — dwurożna 145 — dzie-  
 ciejąca 148 — jednorożna 143 — pło-  
 dowa 148 — podwójna 144 — szcząt-  
 kowa 141.

- Marasmus e carcinomate 382.  
 Martinowskie cięcie cesarskie 359.  
 Massage patrz Mięsień.  
 Menorrhagiae 445.  
 Menstruatio 428 — vicaria 443.  
 Metalbumin 505.  
 Metastases patrz Przerzuty.  
 Metritis 175 — acuta 175 — chronica 180 — haemorrhagica 195.  
 Miesiączka błoniasta 450.  
 Miesiączkowanie 428 — bolesne 447, nieprawidłowe 440 — obfite 445 — późne 434 — przerwane 442 — skąpe 441 — wczesne 434 — zastępcze 443.  
 Mięsak jajników 560 — macicy 416 — pochwy 116 — sromu 71 — trąbek 482.  
 Mięsień przy przewłocznym zapaleniu macicy 194 — przy wypocinach otrzewnowych 589 — przy zlepiach 267 i 589.  
 Mittelschmerz 449.  
 Mocznicza 382.  
 Molimina menstrualia 91, 142  
 Molluscum uteri 422.  
 Mucyna 505.  
 Mycosis vaginae 108.  
 Myoma patrz Fibroma.  
 Myomotomia 347.  
 Myxofibroma 312.  
 Myxoma enchondromatodes collis uteri 417.  
 Nachylenie macicy 19, 23 — fizjologiczne 237 — nieprawidłowe 239.  
 Nacięcia części pochwowej 191.  
 Nadżerka 24, 222 — brodawkowa 223, 227 — pęcherzykowa 224 — rozeznanie od raka 385 — zwykła 223.  
 Nągięcie macicy fizjologiczne 236 — nieprawidłowe 242.  
 Nakłucia części pochwowej 191 — torbiela lecznicza 536 — próbne 534.  
 Nerwiak sromu 69.  
 Neuralgia ovarii 496 — uteri 448.  
 Neuroma vulvae 69.  
 Niedomykalność sromu 73.  
 Niedostateczny rozwój macicy 148 — sromu 50.  
 Niedrożność jelit po myomotomii 362.  
 Niepłodność przy zwężeniu szyi macicznej 159.  
 Nieprawidłowe ujście moczowodu 48.  
 Nieżyt jamy macicy 202 — pochwy 101 — pochwy ciężarnych 104 — pochwy kobiet starych 103, 104 — pochwy ostrej 103 — przewłoczny 103 — ziarnisty 103 — szyi macicznej 221 — trąbek 459.  
 Noma 55.  
 Nowotwory jajników 498 — macicy 307 — gruczolowe 421 — pochwy 111 — sromu 62 — trąbek 481 — więzadeł okrągłych 567 — szerokich 622.  
 Nożyczki Küchenmeistera 161 — Simsa 161.  
 Nożyk Emmeta 161 — Spiegelberga 191.  
 Obee ciała w pochwie 116.  
 Obliteratio vulvae rectalis 133.  
 Obniżenie — jajników 487 — macicy 274.  
 Obojnicstwo 49 — męzkie 142.  
 Obrzęki jamy brzusznej 8 — małej miednicy 9 — podsurowicze 513 — pozaotrzewnowe 12, 533.  
 Obrzmienie surowicze sromu 55.  
 Odchylenie macicy 23, 248, 252.  
 Odcięcie wycicowanej macicy 304.  
 Odgięcie macicy 23, 251.  
 Odgniatacz 369.  
 Odjęcie patrz Amputatio.  
 Odkręcenie polipa 370, 425.  
 Odnicowanie macicy 301.  
 Odprowadzenie macicy odgiętej 257, — wycicowanej 301 — wypadniętej 285, — pochwy 285 — przepukliny jajnikowej 487.  
 Odsunięcie macicy 272.  
 Odświeżenie brzegów przetok 125, 127.



- Oedema vulvae 35.  
 Oidium albicans 108.  
 Okłucie tętnic macicznych 395.  
 Okres miesięczkowy 435 — zwrotu płciowego 436.  
 Oligocystis 501.  
 Oligomenorrhoea 441.  
 Oophoritis acuta 491 — chronica 494 — interstitialis 492 — parenchymatosa 492.  
 Opad macicy 274.  
 Operacja Aleksandra 268 — Emmeta 233 — Freundta 391 — odciążenia polipa 369 — odjęcia trąbek 476 — opadu macicy i pochwy 288 — przetok moczowych 125 — przyszywania dna macicy 269, 624 — skrócenia faldów Douglasa 271, 295 — wywnięcia warg macicznych 233.  
 Os tapiroide 156, 169.  
 Otok ropny macicy 97, 153, — pochwy 97 — trąbek 470.  
 Otwarcie ropni otrzewnowych 590 — podotrzewnowych 604.  
 Ovaria patrz Jajniki.  
 Ovarialga 496.  
 Ovarie 496.  
 Ovariocele inguinalis 486 — vaginalis 486.  
 Ovariectomy 539.  
 Ovula Nabothi 224.  
 Ovulatio 430, 431.  
 Papiłoma port. vaginalis 425 — fibrosum 426 — vulvae 65.  
 Paralbumin 505.  
 Parametritis 593 — atrophicans 604, posterior 240, 243, 599.  
 Parametrium 593.  
 Parovarium 484.  
 Pelvipéritonitis 569.  
 Perimetritis 569 — serosa 577.  
 Perimetrium 570.  
 Perinaeum 43, 45.  
 Perineorrhaphia 74.  
 Peritonitis haemorrhagica 608.  
 Perivaginitis 110.  
 Pessaria 260.  
 Pęcherzyk Graafowy - krwawy 431 — pęknięcie jego 432. — Nabotha 422.  
 Phlegmone labii maj. 52 — lig. laty 596.  
 Physometra 153.  
 Pincés à demeure 397.  
 Pleśnica biaława pochwy 108.  
 Pobialnik 505.  
 Pochwa 86 — jednostronna 98 — podwójna 94.  
 Pochwica 136.  
 Pochylenie macicy na bok 272.  
 Polip macicy włókniakowy 315 — słuzowy 422 — pochwy 114.  
 Polymenorrhoea 445.  
 Polypotomia 369.  
 Polypus patrz Polip  
 Położenie jajników 484 — pochwy 88 macicy 28, 238.  
 Poród włókniaka 321.  
 Portio — media colli 168, 279. — supravaginalis 168, 279 — vaginalis 168.  
 Postawa stojąca 3.  
 Pozostałości po zapaleniu otrzewny 578 — po zapaleniu tkanki łącznej podotrzewnowej 596.  
 Pręciki śródmaciczne 248.  
 Probetampon 211.  
 Processus vaginalis peritonaei 486.  
 Proctoplastica 47.  
 Prolapsus uteri 274.  
 Pruritus vulvae 81.  
 Przechulica macicy 448.  
 Przedarcie międzykrocza 72 — pęcherza moczowego 398 — pochwy 117 — zdziergacza rryci 73, 74.  
 Przedsięonek 43.  
 Przedziurawienie macicy 29.  
 Przegroda odbytnicowo pochwo- wa 72 — utworzenie jej 291.  
 Przekrwienie jajników 489.  
 Przepłukiwanie jamy macicy 216.  
 Przepuklina jajnikowa 486 — maciczna 305 — pochwo- wa 111 — sromu 60.  
 Przerost części nadpochwowej szyi

- 279, 280 — części pochwowej 168 — części średniej 279, 280. — żechtaczki 50 — macicy 167 — pochwy 90 — warg sromowych 51.
- Przerzuty mięsaka macicy 419 — raka macicy 378.
- Przetoki patrz *Fistulae*.
- Przewody Gärtnerowskie 67, 112, Müllerowskie 44, 86, 87, 140, 143, 151, 455 — omoczniowy 43, 46.
- Przybialnik 505.
- Przysunięcie macicy 272.
- Przyżeganie błony śluzowej jamy macicy 213 — błony śluzowej szyi macicznej 230 — raka macicy 406.
- Pseudohermaphroditismus 49.
- Pseudomyxoma peritonei 508, 528.
- Puchlina brzuszna 532 — maciczna 153, 154. — nerkowa 143. 533, — pęcherzyka Graafowego 501 — trąbkowa 469.
- Punctio explorativa 534.
- Pyocolpos lateralis 97.
- Pyometra 153,
- Pyosalpinx 470.
- R**ak ciała macicy 408 — jajnika 561 — macicy 370 — pochwy 114 — sromu 69 — szyi macicznej 376 — trąbek 482 — wodny sromu 55.
- Rakowiec błony śluzowej szyi macicznej 375 — części pochwowej 375, 389.
- Raphe perinaei 45.
- Rectocele vaginalis 278, 279.
- Recydywy po operacji raka macicy 401.
- Redrondissement 257,
- Reinversio uteri 301 — vaginae 285.
- Repositio uteri retroversi 257.
- Residua parametritidis 596 — perimetritidis 578.
- Retroflexio uteri 23, 251.
- Retropositio uteri 272.
- Retroversio uteri 23, 248, 252.
- Ropień jajnika 493 — maciczny 178 — podotrzewnowy 597 — śródotrzewnowy 590.
- Rozciągnięcie błony śluzowej na włókniaku 337 — szyi macicznej 31, 36, 162, — przy zmianach położenia macicy 165 — przy włókniakach 337 — ujścia wewnętrznego 164 — zewnętrznego 162.
- Rozszerzadło 31, 34 — Ellingera 36 — Fritscha 34 — Hegara 34 — kleszczykowe 35 — przecikowe 34 — Schultzego 36 — Schrödera 34 — Simona 39 — Simsa 36.
- Rozszerzalność cewki moczowej 40. szyi macicznej 343, 386.
- Rozszerzenie cewki moczowej 39 — szyi macicznej 31, 161 — sposobem Vullieta 34.
- Rozwój płodowy jajników 483 — macicy 86 — międzykroczą 44 — pochwy 86 — sromu 43 — trąbek 86, 455.
- Ruchośmacie macicy 28, 238.
- Ruptura perinaei 72.
- Rurka Bozemańska-Fritscha 217.
- Rzęsistek pochwy 103.
- S**alpingitis catarrhalis 459, 461 — follicularis 462 — interstitialis 459, 461, 463 — nodosa 463.
- Salpingotomia 476.
- Samodzielne wykluczenie włókniaka 69, 323.
- Samoistne uleczenie — torbiela jajnikowego 519 — włókniaka macicy 323.
- Sarcoma patrz *Mięsak*.
- Scarificatio port. vaginalis 191.
- Schemata Schultzego 10.
- Schleimpepton 505.
- Ścieśnienia pochwy 99.
- Secale cornutum 330, 331, 332.
- Sectio alta 131.
- Septum recto vaginale 72 — utworzenie go 291.
- Secundärnaht 402.
- Septum Douglasi 44, 46.

- Sero-seröse Naht 357.  
 Shock 362.  
 Siara 14.  
 Sinus uro-genitalis 44.  
 Skaleczenie macicy sondą 30.  
 Skórzaki 522, 525.  
 Skręcenie szypułki torbiela 515, 520, 528.  
 Skrobaczki 218.  
 Śluzakowe zwyrodnienie włókników 312.  
 Słoniowacina sromu 55, 62.  
 Sonda — Playfaira 215 — Simpsona 27 — Simsa 27.  
 Speculum patrz Wziernik.  
 Sphincter ani 47 — cunni 16, 73.  
 Spodzieństwo 47, 48, 50.  
 Sposoczenie torbiela 517 — włókniaka 323, 324.  
 Sporysz 330 — przetwory 331, 332.  
 Środki pęczniejące 31.  
 Srom niewieści 43.  
 Stenosis. colli uteri 155 — vaginae 99, 100.  
 Stłuszczenie włókniaków 311.  
 Strzykawka C. Brauna 215. — Ma-durowicza 215.  
 Subinvolutio uteri 182.  
 Superinvolutio uteri 173.  
 Suppressio mensium 412.  
 Świąd sromu 52, 81. 380.  
 Szerzenie się — mięsaka macicy 418, raka macicy 377, 384.  
 Szczelina — pęcherzowa 48 — stolcowa 138.  
 Szew — ciągły 79 — piętrowy 80.  
 Szmer łożyskowy 13.  
 Szypułka — polipa włókniakowego 365, torbiela jajnikowego 511 — włókniaka podotrzewnowego 314.  
 Tampon 192 — próbny 211 — träger 193.  
 Tamponowanie pochwy 336.  
 T. — Binde 287.  
 Teratomy 510.  
 Tetanus patrz Tężec.
- Tężec po — myomotomii 363 — założeniu gąbki prasowanej 32.  
 Thrombus vulvae 56.  
 Tłuszczak — sromu 67 — trąbek 481.  
 Torbiele — błony dziewiczej 67 — ciała żółtego 502 — groniaste 508 — jajnikowe 498 — jajnikowo-trąbkowe 465, 514 — pochwy 111 — przyjajnikowe 511 — rozplemne brodawkowo 507 — rozplemne gruczołowe 502 — skórzakowe 509 — sromu 66 — trąbek 481 — wielokomorowe 502 — więzusa szerokiego 622.  
 Torsio — pedunculi cystovarii 515. — polypi 370, 425 — uteri — 272.  
 Trachelorrhaphia 233.  
 Trachelotomia 162.  
 Treść — skórzaków 509 — torbielów 502, 504, 505.  
 Trichomonas vaginae 103.  
 Trzebień 142. 338.  
 Trzymadła nóg 5.  
 Tuberculosis patrz Gruźlica.  
 Tumores extraperitoneales 513 — retroperitoneales 12 — subserosi 513.  
 Typ miesięczkowy 435.  
 Ulcus — tuberculosum vulvae 58 — phagedenicum 234.  
 Ułożenie chorej — boczne 7 — boczno-brzuszne 7, 33 — brzuszne 6 — do badania 3 — grzbietowe 4 — grzbietowo-pośladkowe 4 — jak do cięcia kamienia 5 — kolanowo-łokciowe 6 — Trendelenburga 6 — ukośne 6.  
 Ułożenie ręki do badania 15.  
 Upust krwi z macicy 191.  
 Urachus 43, 46.  
 Uraemia 382.  
 Uszypułkowanie torbiela 527.  
 Uterus — arcuatus 146 — bicornis 145 — bicornis septus 146 — bicornis unicorporeus 146 — bilocularis 147 — bipartitus 141 — duplex v. didelphys 144 — foetalis 148 — infantilis 99, 148 — incudiformis 146 — labilis 239 — membranaceus

- 148 rudimentaris 141 — septus 147, unicornis 143.
- Uteruskatheter 216.
- Uteruspistole 213.
- Uwięźnienie 319.
- Vagina patrz Pochwa.
- Vaginismus 136.
- Vaginitis 101.
- Vaginofixatio uteri 271, 624.
- Varices vulvae 57.
- Ventrofixatio uteri 269.
- Vestibulum 43, 45,
- Vulva 48 — infantilis 50.
- Vulvitis 51 — cutanea 52 — diabetica 52, 53, 55. — mucosa 52.
- Vulvovaginitis 102.
- Wady utworowe — jajników 485 — macicy 88, 140 — sromu 43 — trąbek 457.
- Wałeczki blaszkowicy 32 — Tupelo 33.
- Wierzchniactwo 47, 48.
- Włókniaki jajników 558 — macicy 307 — mięszone 316 — międzywładowe 316 — podotrzewnowe 314 — podśluzowe 315 — pochwy 113 — sromu 68 — szyi macicznej 317 — trąbek 481 — więzadeł okrągłych 567 — więzadeł szerokich 623.
- Włoskowiec pochwy 108.
- Wodniak niewieści 61, 566 — więzu okrągłego 566.
- Worek Mikulicza 350.
- Worki trąbkowe 465.
- Wrzód gruźliczy sromu 58 — okrągły części pochwowej 234.
- Wstrząs 362.
- Wstrzykiwania do — macicy 214, 216 — do pochwy 231.
- Wsunięcie krążka 263 — sondy macicznej 30 — wziernika 23, 25, 26.
- Wybroczyny jajnikowe 489.
- Wycięcie — błony śluzowej szyi macicznej 232 — łechtaczki 51 — macicy brzuszne 391 — międzykroczone 402 — — krzyżowe 402 — pochwowe 356, 392 — torbiela jajnikowego 539 — warg macicznych 289.
- Wydłużenie części pochwowej 168.
- Wykluczenie samoistne włókniaka 69, 323.
- Wyłuszczenie włókniaków 341, 359, międzywładowych 358 — z macicy ciężarnej 364.
- Wyłyżeczkowanie błony śluzowej macicy 217, 337 — gruczolaka 425, mięsaka 421 — raka części pochwowej 404 — raka jamy macicy 414,
- Wynicowanie macicy 294 — przy polipach włókniakowych 368 — zaniebane 296 — pęcherza moczowego 48 — pochwy 274.
- Wypłukiwanie patrz Wstrzykiwanie.
- Wyskrobanie patrz Wyłyżeczkowanie.
- Wysokie cięcie pęcherza 131.
- Wywiady 1,
- Wywinięcie warg macicznych 225.
- Wziernik — Bandla 22 — Bozema 25 — Brauna 21 — cewkowy 39 — Cusco'a 25 — Fergussona 21 — listkowy 24 — łyżkowy 25 — Mayera 21 — Meadows'a 25 — Neugebauera 26 — Nutta 25 — rurkowy 21 — Simona 26 — Simsa 26.
- Wzniesienie poronienia przy raku macicy 408 — włókniakach 364.
- Wzniesienie macicy 272.
- Zanik jajników 172 — macicy 172 — częściowy 174 — schyłkowy 172 — narządu płciowego 172, 439 — pochwy 172 — sromu 172.
- Zapalenie błony śluzowej jamy macicy 202 — gruczolowe 204 — międzygruczolowe 205 — międzykomórkowe 206, 207 — ostre 199 — przewłoczne 201 jajników 491 — międzypęcherzykowe 492 — ostre 491 — pęcherzyków Graafowych 491, przewłoczne 494 — mięszu ma-

- cicy 175 ostre 175 — przewłoczne 180 — okołopochwowe 110 — otrzewny ostre 578 — przewłoczne 581, 591. — pochwy 101 — sromu 51 — gruczołów Bartoliniego 52, 53 — rzeźączkowe sromu 52 — tkanki łącznej podotrzewnowej 593 — podskórnej 52 — szyi macicznej 221 — torbiela jajnikowego 517 — trąbek 459, 463.
- Zarośnięcie — błony dziewiczej 89 — pochwy 100 — szyi macicznej 151 — sromu 45 — ujście trąbkowych 464.
- Zaszycie pochwy 132.
- Zatoka moczopłciowa 44.
- Zator tętnicy płucnej po myomotomii 363.
- Zeszycie kikuta macicznego po Myomotomii 350, 351 — przetoki pęcherzowo-pochwowej 128.
- Zgięcie macicy na bok 272.
- Zgorzel sromu 55.
- Zmiany położenia — jajników 486 — macicy 235 — pochwy 274 — trąbek 459.
- Zmniejszenie operacyjne polipa 370 — włókniaka 344.
- Zniknięcie włókniaka 323.
- Zranienia pochwy 117.
- Zropienie — torbiela jajnikowego 517, torebki włókniaka 323, 324.
- Zrost warg małych 46.
- Zrosty torbielów 513, 527.
- Zwapnienie włókniaków 311.
- Zwężenie szyi macicznej 155 — ujścia wewnętrznego 160 — ujścia zewnętrznego 155.
- Zwrot płciowy 436.
- Żyłaki sromu 57.



## SKOROWIDZ NAZWISK.

---

- Abel 375, 420.  
Ackermann 426.  
Adams 268.  
Ahlfeld 421.  
Albertin 400.  
Alexander 268, 269.  
Alquié 268.  
Amann 85, 248.  
Anderson 117, 323.  
Angerer 41.  
Apostoli 332, 334, 445.  
Arnaud 50.  
Arnold 310.  
Arnott 378.  
Atlee 345, 347, 537.  
Aubenas 282.  
Aubinois 277.  
Autenrieth 510.  
**B**abes 313.  
Bailey 534.  
Bainbridge 62.  
Baker-Brown 51, 93, 131, 337, 539.  
Bąkowski 178.  
Bandl 22, 31, 459, 595, 597, 599, 601, 611.  
Bardenheuer 392.  
Barker 382.  
Barnes 214, 302, 303, 382, 383.  
Barthel 117.  
Bastelberger 67.  
Battey 338, 340.  
Baudouin 270.  
Baumgarten 112, 485, 510.  
Baumgärtner 406.  
Bayle 307.  
Beck 403.  
Becquerel 181.  
Beigel 301, 371, 486.  
Bell 332, 538.  
Benicke 145.  
Bensenger 436.  
Berard 459.  
Bernutz 606.  
Berthod 369.  
Bessel-Hagen 56.  
Bichat 594.  
Bidder 310.  
Billroth 47, 347, 356, 393, 395.540, 542, 548.  
Binz 309.  
Bird 539.  
Bischoff 292, 293.  
Bizozero 110.  
Blau 377, 378, 382.  
Blundell 393.  
Boardman 452.  
Bode 270.  
Boileux 349.  
Boissarie 309.  
Bokai 45.

- Boldts 444.  
 Bombelon 331.  
 Bonome 363.  
 Borbam 304.  
 Bürner 438.  
 Boryssowicz 171, 217.  
 Bozeman 6, 25, 119, 126, 127.  
 Brandt Thure 4, 15, 194, 258, 266, 267, 288, 589.  
 Braun C. 21, 60, 83, 97, 164, 195, 218, 260, 296, 304, 307, 322, 344, 347, 369, 370, 389, 617.  
 Braun G. 324, 337, 619,  
 Braxton Hicks 303, 342.  
 Breisky 58, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 102, 112, 117, 154, 193, 273, 286, 328, 374.  
 Brennecke 203.  
 Brenner-Bossu 538.  
 Breslau 287.  
 Bröse 79.  
 Browicz 235.  
 Brown 332.  
 Bruant 438.  
 Bruggisser 151.  
 Bruns 24.  
 Bryk 47, 153, 306.  
 Büchel 361.  
 Bukowski 360.  
 Bulius 499.  
 Bumm 101, 102.  
 Burnham 347.  
 Bylicki 217, 306, 336.  
 Byrne 370.  
 Campe 83, 310.  
 Carpus 393.  
 Cazeaux 540.  
 Cercba 95.  
 Chalot 514.  
 Championière 332.  
 Charcot 496.  
 Chaussit 443.  
 Cheron 291.  
 Chiari 105, 213, 322, 373, 409, 463, 480.  
 Chopart 282, 306.  
 Chrobak 159, 255, 328, 343, 345, 346, 347, 357, 361.  
 Chrysmar 539.  
 Clarke 234, 235, 426.  
 Clay 347, 418, 421, 539.  
 Clintock 304, 337.  
 Cloquet 306.  
 Cohen 457.  
 Cohn 294, 507, 558.  
 Cohnheim 307, 313, 372.  
 Cohnstein 436.  
 Cooper 534.  
 Coppi 315.  
 Cordes 309.  
 Cornil 180, 374, 462, 467, 491.  
 Courty 164, 181, 211, 213.  
 Crédé 94, 132.  
 Crégny 60.  
 Crevet 170.  
 Crucé 391.  
 Cruveilhier 306, 383.  
 Currier 323, 445.  
 Cusco 25.  
 Cutter 332.  
 Czempin 360, 377, 468.  
 Czerniszew 110.  
 Czerny 270, 346, 393, 396.  
 Danyau 342.  
 Delmis 444.  
 Demm 116.  
 Denzel 331.  
 Depaul 314.  
 Derveer 434.  
 Devenport 445.  
 Diamant 434.  
 Dieffenbach 125, 539.  
 Diesterweg 313.  
 Dohrn 112.  
 Dolbeau 608.  
 Donovan 450.  
 Dorsch 323,  
 Dowell 539.  
 Doyen 593.  
 Dragendorff 331.  
 Dudley 353.  
 Duffin 539.  
 Dumesnil 324.  
 Dummreicher 538.  
 Duncan 102, 320, 324, 342, 345, 394.

- Dupuytren 312.  
 Düvelius 106, 219, 618.  
**Ebner** 310.  
 Eckardt 371, 375, 376, 509.  
 Edebohls 269.  
 Eggel 153.  
 Ehlers 405.  
 Eichwald 505.  
 Ellinger 35.  
 Emmet 119, 161, 162, 194, 222, 226, 233, 260, 302.  
 Engelmann 429, 432.  
 Engström 307, 510, 522.  
 Eppinger 102, 103, 105, 109, 382.  
 Erhardt 331.  
 Eröss 434.  
**Falck** 515.  
 Fehling 159, 308, 312, 355, 449.  
 Feigel L. 97.  
 Fenger 510.  
 Fergusson 21, 22.  
 Fischel 198, 225.  
 Fischer 411.  
 Flaischlen 507, 509.  
 Flemming 324.  
 Florschütz 510.  
 Fock 538.  
 Forster 435.  
 Förster 235.  
 Fort le 193.  
 Foville 46.  
 Fränkel 149, 375, 405.  
 Frankenhäuser 144, 310, 344, 347, 470, 470.  
 Franque 56, 282.  
 Freudenberg 145.  
 Freund W. A. 21, 76, 77, 112, 113, 194, 216, 268, 270, 281, 285, 295, 302, 311, 354, 311, 392, 458, 459, 512, 515, 536, 594, 604, 606, 620.  
 Friedländer 183, 511.  
 Friedrich 507, 508.  
 Fritsch 5, 34, 77, 78, 128, 129, 130, 131, 134, 142, 160, 176, 184, 185, 195, 196, 197, 216, 222, 230, 238, 247, 252, 256, 263, 276, 284, 293, 356, 359, 393, 396, 405, 477, 515, 580, 584, 602, 603, 607.  
 Frommel 173, 270, 361, 364, 402.  
 Froriep 465.  
 Funk 324, 327.  
**Gallard** 383, 443.  
 Gänner 116,  
 Gärtner 67, 113.  
 Geisler 417.  
 Gempe 56.  
 Glatter 371, 372, 373.  
 Gottschalk 482, 490.  
 Graf 15.  
 Gräfe 84, 85.  
 Granville 347, 539.  
 Greenhalgh 161, 162, 344.  
 Grenser 253.  
 Groer 443.  
 Grünewaldt 353.  
 Gurlt 69, 71.  
 Gusserow 160, 164, 307, 308, 323, 327, 337, 365, 368, 372, 378, 382, 406, 407, 408, 416, 419, 425, 620, 622.  
 Gutberlet 391, 393.  
**Hache** 400.  
 Hacker 356.  
 Hammersten 506.  
 Harajewicz 258.  
 Haselberg 214.  
 Hausmann 31, 108.  
 Haywood-Smith 344.  
 Heath 347.  
 Hegar 11, 20, 34, 38, 75, 76, 115, 123, 132, 144, 151, 155, 183, 213, 274, 286, 287, 292, 295, 307, 338, 339, 340, 347, 354, 359, 368, 387, 403, 416, 421, 479, 540, 589.  
 Heitzmann 145, 466.  
 Henke 594.  
 Henle 88, 457.  
 Hennig 152, 214, 295, 455, 457, 458, 466, 469.  
 Heppner 49, 94, 145.  
 Herff 484.  
 Herzfeld 402.  
 Heschl 485, 500, 510.  
 Hewitt 261.  
 Hildebrandt 71, 81, 200, 211, 215, 253, 263, 330, 515.



- Himmelfarb 56.  
 Hirschsprung 91.  
 His 500.  
 Hoehenegg 402.  
 Hodge 260, 261, 265.  
 Hoening 67.  
 Hoffmann 216, 275.  
 Hofmeier 126, 129, 174, 230, 315, 340,  
 343, 347, 351, 361, 373, 395, 397,  
 400, 408, 514, 541.  
 Hofmockl 324.  
 Hoge 332.  
 Holden 57.  
 Holst 17.  
 Houstoun 539.  
 Hugnier 27, 52, 60, 181, 276.  
 Hunter 87.  
 Hurd 450.  
 Hutchinson 344, 539.  
 Hüter 60.  
 Hyrtl 84.  
**J**eafterson 539.  
 Jentzer 522.  
 Jobert 162.  
 Johns 444.  
 Jordan 454.  
 Julien 593.  
**K**altenbach 75, 93, 112, 305, 347, 354,  
 368, 398, 400, 463, 482, 509.  
 Kammerer 155.  
 Kehrer 159, 164.  
 Keith 347, 556.  
 Kelly 270.  
 Kennedy 69.  
 Keppler 486.  
 Kern 214.  
 Key 510.  
 Kimball 332, 347.  
 Kisch 447.  
 Kiwisch 27, 46, 68, 114, 235, 302, 309,  
 374, 378, 416.  
 Klebs 502, 503.  
 Kleeberg 350.  
 Kleinwächter 142, 309.  
 Klemm 214.  
 Kliegl 407.  
 Klob 180, 306, 313, 410, 457, 498, 559.  
 Klotz 270, 271.  
 Küberlé 269, 347, 363, 540, 556.  
 Kobert 331.  
 Koch 68.  
 Koche 526.  
 Kocks 112, 392.  
 Kohlmann 331.  
 Kohn M. 95.  
 Kolaczek 511.  
 Kölliker 483.  
 Kommerell 492.  
 König 594.  
 Korotkiewicz 444.  
 Kosiński 145.  
 Kötschau 193.  
 Kraske 402.  
 Kristeller 159.  
 Kroner 610.  
 Krukenberg 511.  
 Krysiński 455, 456.  
 Küchenmeister 161, 162, 163.  
 Kuhn 620.  
 Kümmel 112.  
 Kundrat 198, 429, 432.  
 Kunert 417.  
 Kussmaul 147.  
 Küster 314, 359, 499, 541.  
 Küstner 73, 77, 198, 203, 222, 250, 260,  
 266, 270, 345, 516.  
**L**allemand 213.  
 Lallement 306.  
 Lancereaux 374.  
 Landau 38, 132, 331, 361, 375, 397,  
 Langenbeck 77, 142, 342, 391, 393, 419.  
 Langhans 499.  
 Langner 364.  
 Larcher 324.  
 Laroyenne 593.  
 Lebert 378, 382.  
 Leopold 13, 142, 199, 269, 308, 310, 343,  
 347, 355, 395, 400, 411, 417, 431, 433,  
 507, 509, 555, 558, 560.  
 Lever 382.  
 Liebrecht 330.  
 Lisfranc 180.  
 Littauer 409, 412.  
 Litzmann 332.

- Lizars 539.  
 Löhlein 405, 451, 454, 611.  
 Lomer 342.  
 Löwenhardt 432.  
 Löwenthal 432.  
 Löwy 434.  
 Luer 162, 163.  
 Luschka 239, 264, 457, 458, 484.  
 Lutaud 441.  
 Lwoff 56, 57.  
**M**ackenrodt 467, 624.  
 Madurowicz 30, 47, 91, 215, 306, 345,  
 370, 370, 379 406, 453, 537, 540, 545.  
 Magee 46.  
 Majer 418.  
 Malassez 499, 503, 504.  
 Mann 488.  
 Marchand 509.  
 Marekwald 166.  
 Marconnet 110.  
 Maret 306.  
 Mars A. 16, 88, 414, 424, 434, 620.  
 Martin A. 58, 71, 94, 113, 138, 173,  
 195, 244, 277, 293, 311, 341, 344, 347,  
 357, 360, 396, 405, 425, 454, 462, 472,  
 477, 482, 494, 547, 553, 577, 618, 620,  
 622.  
 Martin E. 60, 83, 157, 161, 171, 254, 373.  
 Martin F. 400.  
 Matlakowski 268, 270, 312, 510, 516.  
 Mayer 21, 71, 222, 260, 281, 438, 442,  
 452.  
 Mayrhofer 213.  
 Meadows 25.  
 Meckel 458.  
 Meermann 242.  
 Meinert 356.  
 Merkle 69.  
 Michels 318.  
 Mikschik 173.  
 Mikulicz 359, 553.  
 Minkiewicz 110.  
 Mitschel 443, 448.  
 Moldenhauer 144.  
 Morand 539.  
 Müricke 429, 430.  
 Mosetig 407.  
 Müller 46, 86, 88, 396, 397.  
 Müller P. 159.  
 Münchmeyer 400, 401.  
 Mundé 268, 400.  
 Mundi 510.  
 Museux 162, 163.  
**N**agel 494, 495, 498, 501, 502.  
 Nahde 62.  
 Nebel 174.  
 Neisser 102.  
 Nelaton 314, 537, 540, 606, 610.  
 Neugebauer L. 26, 31, 33, 35, 127, 163,  
 293.  
 Neugebauer F. L. 5.  
 Niemann 61.  
 Noeggerath 38, 202, 301, 302, 497.  
 Nott 85.  
 Nussbaum 540.  
 Nutt 25.  
 Nyrop 419.  
**Ö**balinski 353, 342.  
 Ollivier 145.  
 Olshausen 164, 208, 216, 248, 255, 262,  
 268, 318, 341, 352, 363, 395, 398,  
 405, 451, 486, 494, 496, 499, 501,  
 507, 515, 522, 525, 532, 538, 540,  
 547, 556, 560, 611.  
 Oppenheimer 107.  
 Orthmann 58, 467, 482.  
 Ott 5.  
**P**ajot 438.  
 Paletty 62.  
 Panecki 256.  
 Pastor 153.  
 Pawlik 399.  
 Péan 342, 343, 346, 347, 354, 359, 478,  
 593.  
 Peaslee 34.  
 Pelletan 606.  
 Pernice 397.  
 Petit 442, 443.  
 Pfannenstiel 506.  
 Pflüger 430, 483.  
 Pichot 413.  
 Piering 104.  
 Piuner 479.  
 Pitha 47.

- Playfair 215.  
 Plum 85.  
 Podwysocki 331.  
 Polailon 68.  
 Pomorski 509.  
 Postello 460.  
 Pott 54.  
 Poupinel 511.  
 Pozzi 55, 360, 367, 396, 400, 463, 464,  
 467, 474, 477.  
 Preuschen 101.  
 Priestley 449.  
 Prochownik 264, 434.  
 Przewoski 312.  
 Puech 96.  
**Queirel** 435.  
**Raciborski** 442.  
 Rauschning 46.  
 Récamier 208, 218, 231, 393, 606.  
 Recklinghausen 149.  
 Reichel 44.  
 Reichert 432.  
 Reimann 296.  
 Rein 312, 416, 417.  
 Reinmann 178.  
 Rhodes 435.  
 Richard 307.  
 Richer 322.  
 Richter 535, 538.  
 Ricord 169.  
 Rindfleisch 426.  
 Robin 181, 374.  
 Robinson 433.  
 Rodzewicz 434.  
 Rokitansky 94, 243, 314, 417, 458, 502,  
 510, 515, 559.  
 Roller 441.  
 Rollin 489.  
 Rose 133.  
 Rosenthal 291.  
 Roser 49, 287.  
 Rösger 309.  
 Rosner J. 7, 47, 91, 537.  
 Routh 405.  
 Routier 467.  
 Rouvier 435, 437.  
 Ruge 102, 104, 112, 222, 224, 253, 298,  
 313, 375, 384, 386, 408, 413, 415,  
 430, 453.  
 Runge 237, 508.  
 Rydygier 340, 392, 393.  
 Rymarkiewicz 142.  
**Sabatier** 538.  
 Sängner 5, 18, 77, 80, 134, 270, 365, 469,  
 482, 593.  
 Sauter 393.  
 Savage 142.  
 Säxinger 181, 311, 369.  
 Seanzoni 69, 83, 85, 174, 178, 181, 190,  
 213, 218, 222, 231, 287, 297, 299,  
 373, 482, 490, 494, 530, 611.  
 Schatz 4, 39, 301, 332, 408, 511, 537.  
 Schauta 463, 478.  
 Schede 80, 393.  
 Scheffer 418.  
 Schilling 287.  
 Schlesinger 594, 620.  
 Schlichting 434.  
 Schlossberger 369.  
 Schnabel 510.  
 Schneevogt 69.  
 Schorkopf 539.  
 Schorler 308, 331.  
 Schramm 407.  
 Schramm H. 58, 397.  
 Schröder 34, 36, 48, 61, 64, 75, 80, 84,  
 102, 108, 110, 115, 119, 124, 133,  
 137, 144, 158, 164, 168, 173, 178,  
 181, 183, 197, 202, 206, 210, 216,  
 220, 229, 233, 255, 269, 277, 280,  
 289, 292, 294, 302, 311, 324, 342,  
 347, 350, 358, 360, 366, 373, 380,  
 386, 389, 395, 401, 408, 414, 417,  
 435, 442, 452, 464, 467, 471, 479,  
 494, 501, 508, 514, 534, 610, 553,  
 556, 558, 582, 591, 606, 611, 614,  
 619, 624.  
 Schrüter 442.  
 Shücking 271.  
 Schülein 305, 308.  
 Schultze 10, 21, 35, 101, 211, 216, 236, 239,  
 242, 245, 250, 261, 262, 267, 276,  
 316, 488, 524, 599.  
 Schwartz 195, 214, 397.

- Segond 593.  
 Semelender 332.  
 Senator 438.  
 Seyfert 167, 181, 382, 611.  
 Sharp-Callisen 538.  
 Sielski 255, 288.  
 Simon 26, 33, 35, 39, 40, 71, 93, 124,  
 126, 129, 132, 135, 154, 162, 218,  
 242, 291, 345, 426, 533.  
 Simpson 27, 31, 69, 77, 84, 162, 314.  
 382, 412, 417, 451, 472, 481.  
 Sims 7, 25, 26, 36, 125, 138, 156, 159,  
 161, 163, 192, 242, 269, 302, 405.  
 435.  
 Sinéty 499, 503, 504.  
 Skene 180.  
 Skutsch 11, 18.  
 Sloan 32.  
 Sławianski 268, 492.  
 Smith Natan 539.  
 Smith Taylor 302, 415.  
 Solman 145.  
 Sotszawa 145.  
 Späth 214, 299, 322.  
 Spiegelberg 11, 72, 116, 301, 304, 311,  
 317, 337, 386, 392, 414, 416, 419,  
 421, 499, 505, 540, 549.  
 Springfeld 117.  
 Stefenson 444.  
 Stiegele 68.  
 Stilling 538: 539.  
 Stocker 434.  
 Strassmann 114.  
 Stratz 170, 386.  
 Stroynowski 6, 174.  
 Sussdorf 33.  
 Sutton 457.  
 Świącicki 94, 107, 322.  
 Syme 67.  
 Szukits 408.  
**T**ait Lawson 77, 80 361, 433, 464, 477,  
 556, 620.  
 Tannen 401.  
 Tanner 382.  
 Tarrant 342.  
 Tauffer 142, 145, 355.  
 Terrillon 417, 418, 420, 467, 491.  
 Thiede 417.  
 Thiersch 43.  
 Thomas 32, 120, 260, 261, 265, 304  
 Thorn 173, 174, 175.  
 Thornton 548, 556.  
 Tiedemann 272.  
 Townsend 446.  
 Trätzl 113.  
 Trechsel 619.  
 Trendelenburg 6, 21, 131.  
 Trenholme 338.  
 Trzebicky 535.  
 Tyrchowski 434.  
**V**eit 60, 83, 101, 153, 203, 211, 222,  
 224, 265, 277, 299, 335, 375, 384.  
 386, 409, 413, 415, 480, 499, 540.  
 Velits 507, 510.  
 Velpeau 538.  
 Verneuil 62.  
 Vidal 214.  
 Virchow 64, 243, 276, 311, 312, 314, 317,  
 417, 423, 427, 502, 508, 510, 608.  
 Vogt 436.  
 Vöhtz 353.  
 Voisin 610, 617.  
 Volkmann 285.  
 Vulliet 34, 593.  
**W**achtel 41.  
 Wagner 378.  
 Walcker 76.  
 Waldeyer 374, 458, 483, 500, 502, 503,  
 505, 507, 549, 559, 622.  
 Wallace 342.  
 Wallenstein 434.  
 Walne 539.  
 Walter 309.  
 Warker van der 405.  
 Weber 192, 434, 435.  
 Weigert 416.  
 Wells Spencer 304, 305, 498, 520, 526,  
 533, 539, 540, 556, 558, 610.  
 Wernich 159, 331.  
 Wernitz 406.  
 Werth 480, 507, 508.  
 West 83, 299, 303, 314, 382, 419.  
 Weston 83.  
 White 301, 302.

- Wiedow 340, 403.  
Wiegandt 110.  
Wilson 113.  
Williams 405, 429.  
Willigk 408.  
Winckel 33, 50, 53, 57, 65, 71, 83, 102,  
105, 111, 129, 182, 248, 269, 293  
302, 307, 317, 331, 373, 379, 383,  
421, 435, 441, 448, 452, 458, 459,  
481, 493.  
Winckler 416, 417.  
Winter 387.  
Wójcikowski 539.  
Wolff 86.  
Wölfler 356, 402.  
Wrany 378.
- Wutzer 125.  
Wyder 310, 429, 451, 453.  
Wygodzki 335.  
Zeiss 268.  
Zeller 208.  
Zeman 461.  
Ziegenspeck 67.  
Ziegler 499.  
Zielewicz 68.  
Ziembicki 63, 135, 402, 504.  
Zuckerhandl 402.  
Zwanck 287.  
Zweifel 48, 54, 64, 83, 104, 105, 108,  
132, 138, 270, 353, 363, 406, 411,  
461, 469, 478, 618, 620, 622.



## SPIS FIGUR.

	Str.
Fig. 1. Trzymadło nóg Otta . . . . .	5
" 2. Wziernik Fergussona i Bandla . . . . .	22
" 3. Wziernik Cusco'a i Meadowsa . . . . .	25
" 4. Wzierniki łyżkowe . . . . .	26
" 5. Wziernik Neugebauera . . . . .	27
" 6. Sonda maciczna Simsa . . . . .	27
" 7. Rozszerzadła pręcikowe Hegara . . . . .	35
" 8. Rozszerzadła kleszczykowe . . . . .	36
" 9. )	
" 10. )	
" 11. )     Rozwój płodowy sromu . . . . .	44
" 12. )	
" 13. )	
" 14. )	
" 15. )     Brak sromu . . . . .	45
" 16. Atresia ani vaginalis . . . . .	46
" 17. Brak ujścia cewki moczowej . . . . .	47
" 18. Spodziectwo kobiece . . . . .	48
" 19. Słoniowacina warg sromowych . . . . .	63
" 20. Operacja słoniowaciny warg sromowych . . . . .	64
" 21. Włókniak wargi sromowej . . . . .	68
" 22. Schematyczne przecięcie przegrody odbytnicowo-pochwowej . . . . .	72
" 23. Odświeżenie sposobem Simona . . . . .	75
" 24.     "     "     Schrödera . . . . .	75
" 25.     "     "     Hegara . . . . .	76
" 26.     "     "     przy wysokiem przedarciu pochwy . . . . .	76
" 27.     "     "     i spojenie metodą Freunda . . . . .	77
" 28. Operacja płatowa Lawson Taita i Sängera . . . . .	78
" 29. Schematyczny obraz operacji Fritscha . . . . .	79
" 30. Schematyczny obraz po operacji zupełnego przedarcia międzykroczą . . . . .	80



Fig. 76.	}	Wywinięcie warg macicznych . . . . .	226
" 77.			
" 78.		Wycięcie błony śluzowej szyi sposobem Schrödera . . . . .	232
" 79.		Operacya Emmeta . . . . .	233
" 80.		Macica w prawidłowym nagięciu . . . . .	236
" 81.		Macica w prawidłowym nachyleniu . . . . .	237
" 82.		Położenie macicy przy wypełnionym pęcherzu moczowym . . . . .	237
" 83.		Nachylenie macicy, ze skróceniem fałdów Douglasa . . . . .	240
" 84.		Nagięcie macicy . . . . .	243
" 85.		Nagięcie macicy z wydłużeniem szyi . . . . .	244
" 86.		Pręcik śródmaciczny Amana . . . . .	248
" 87.		Odechylenie macicy . . . . .	249
" 88.		Odechylenie macicy na przejściu w odgięcie . . . . .	252
" 89.		Odgięcie macicy znacznego stopnia . . . . .	252
" 90.		Krażek K. Brauna i krążek z odśrodkowym otworem . . . . .	260
" 91.		Krażek Hodge'go, krążek kołyskowy i krążek Thomasa . . . . .	261
" 92.		Krażek sankowy i krążek ósemkowy . . . . .	261
" 93.		Krażek Hodge'go, w dobrym położeniu . . . . .	263
" 94.		Wejście pochwowe u dziewcząt w przecięciu . . . . .	275
" 95.		Schematyczny obraz zupełnego wycisowania pochwy i opadu macicy . . . . .	278
" 96.		Przerost średniej części szyi, z wycisowaniem przodkowej ściany pochwy . . . . .	280
" 97.		Przerost części nadpochwowej szyi z wycisowaniem obu ścian pochwy . . . . .	280
" 98.		Odcięcie części pochwowej sposobem Schrödera . . . . .	289
" 99.		Odświeżenie sposobem Simona . . . . .	291
" 100.	"	" Hegara . . . . .	291
" 101.	"	" Bischoffa . . . . .	293
" 102.	"	" Martina . . . . .	293
" 103.	"	" Fritscha . . . . .	293
" 104.		Wycisowanie macicy . . . . .	297
" 105.		Włókniaki śródścienne . . . . .	315
" 106.		Włókniaki śródścienne z wzrostem pomiędzy blaszki więzuz szerokiego . . . . .	316
" 107.		Włókniak tylnej ściany szyi macicznej uwięziony w miednicy . . . . .	317
" 108.		Odjęcie włókniaka podotrzewnowego z wycięciem dna macicy . . . . .	350
" 109.		Zeszycie kikuta macicznego . . . . .	351
" 110.		Cięcia do <i>Amputatio portionis vaginalis infracaginalis</i> . . . . .	389
" 111.		Cięcia i podwiązania do <i>Amputatio cervicis supracaginalis</i> . . . . .	390
" 112.		Założenie podwiązek w operacyi Freund'a . . . . .	391
" 113.		Okłucie tętnic macicznych przy operacyi całkowitego wycięcia macicy przez pochwę . . . . .	395
" 114.		Rozlany rak jamy macicy . . . . .	409
" 115.		Ograniczony rak jamy macicy . . . . .	410
" 116.		Przejście gruczolaka w raka . . . . .	411
" 117.		Przecięcia trąbki macicznej . . . . .	456
" 118.		Salpingitis catarrhalis acuta . . . . .	462
" 119.		Puchlina trąbkowa . . . . .	466



	Str.
Fig. 120. Kystoma ovarii papillare . . . . .	506
„ 121. Uszypułkowanie torbiela jajnikowego . . . . .	512
„ 122. Podsurowiczy rozwój torbiela . . . . .	513
„ 123. Torbiel trąbkowo-jajnikowy . . . . .	515
„ 124. Rura do opróżnienia torbiela . . . . .	545
„ 125. Kleszcze Péana . . . . .	546
„ 126. Zaciskadła szypułki Billrotha i Thorntona . . . . .	548
„ 127. Zaciskadło Spencer Wellsa . . . . .	549
„ 128. Przecięcie poprzeczne miednicy kobiecej . . . . .	570
„ 129. Wypocina śródtrzewnowa zatoki Douglasa . . . . .	580
„ 130. Wypocina śródtrzewnowa zamaciczna . . . . .	602
„ 131. Wypocina podotrzewnowa . . . . .	603

---

**Biblioteka Główna  
WUM**

## Pomyłki druku.

---

Str.	35	wiersz	9 z dołu	zamiast:	rozstępuję	czytaj:	rozstępują
"	61	"	1 z góry	"	więzu szerokiego	"	więzu okrągłego
"	110	"	5 "	"	odtłuszczeniu	"	odtłuszczeniu
"	145	"	13 "	"	Sotschawa	"	Satszowa
"	164	"	18 z dołu	"	nacięcia	"	rozcięcia
"	165	"	3 z góry	"	zwrócone	"	zwrócone ku
"	181	"	17 "	"	Säninger	"	Säxinger
"	189	"	12 z dołu	"	wydrzać	"	wydrzać
"	197	"	15 z góry	"	z podstawą, zołzową	"	z podstawą zołzową
"	213	"	10 "	"	było	"	była
"	250	"	7 "	"	w odchyleniu	"	w odchylenie
"	335	"	18 "	"	zastaje	"	zostaje
"	348	"	13 "	"	takimi	"	takimi
"	374	"	11 z dołu	"	Waldayer	"	Waldeyer
"	437	Odnosnik tej strony ma być na stronie następnej.					
"	470	wiersz	3 z góry	zamiast:	może ono	czytaj:	może
"	597	wiersz	5 z góry	zamiast:	ustaje	"	zostaje
"	621	"	8 "	"	otrzewnego	"	otrzewnowego.

---

Uwaga: Patrz dodatek str. 624.

Biblioteka Główna  
WUM  
K.8639



000016103



[www.dlibra.wum.edu.pl](http://www.dlibra.wum.edu.pl)